FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Amédée MORESTIN

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 26 novembre 1885.

LA RESTAURATION DE LA PAROI ABDOMINALE

PAR RÉSECTION ÉTENDUE DES TÉGUMENTS ET DE LA GRAISSE SOUS-CUTANÉE

ET

LE PLISSEMENT DES APONÉVROSES SUPERFICIELLES ENVISAGÉE COMME COMPLÉMENT DE LA CURE RADICALE DES HERNIES OMBILICALES

Le Président de la Thèse : M. le Professeur HARTMANN.

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION LEVÉ

71, RUE DE RENNES, 71

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. LANDOUZY

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladie du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUÉNU RECLUS SECOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	N.
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DESGREZ	LECENE	OMBREDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (André)	GUENIOT	LŒPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CARNOT	JOUSSET (André)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans lesdissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Il m'aurait été bien doux de dédier ma thèse au docteur Charles MORESTIN, mon père. Je ne peux qu'adresser un souvenir ému à sa mémoire.

J'offre ce modeste travail à mon frère, H. MORESTIN, chirurgien de l'hôpital Tenon, qui l'a remplacé près de moi et à qui je dois beaucoup. Je ne puis lui donner en échange que mon affection, mais il en a la plus vive et la meilleure part.

LA RESTAURATION

DE

LA PAROI ABDOMINALE

PAR RÉSECTION ÉTENDUE DES TÉGUMENTS
ET DE LA GRAISSE SOUS-CUTANÉE

ET

LE PLISSEMENT DES APONÉVROSES SUPERFICIELLES
ENVISAGÉE COMME COMPLÉMENT DE LA CURE RADICALE
DES HERNIES OMBILICALES

AVANT-PROPOS

Dans la chirurgie des hernies ombilicales on est souvent gêné par l'accumulation parfois énorme du tissu adipeux qui rend les opérations laborieuses et malaisées. Les sujets porteurs de cette infirmité sont, le plus généralement, de grosses femmes frisant ou dépassant l'âge mûr.

Outre l'excès de graisse, la faiblesse, l'effondrement, la chute de la paroi musculo-aponévrotique accompagnent volontiers, habituellement même, les hernies ombilicales.

On a jusqu'ici trop négligé ces facteurs; aussi ne doit-on pas seulement se borner aux manœuvres exigées par l'ablation du sac, et l'oblitération de l'anneau. Certes, ces manœuvres restent toujours les bases fondamentales de la cure radicale de la hernie ombilicale, comme de toutes les hernies, et constituent, dans ces sortes d'interventions, un minimum indispensable. Mais, dans quelques cas rendus

particulièrement défavorables par l'accumulation de la graisse et le prolapsus de la paroi, ce n'est pas assez, et à l'heure actuelle on peut s'attaquer avec plus de hardiesse et avec des chances meilleures de succès à ces grandes difformités abdominales.

Une vraie cure radicale doit, en effet, se proposer non seulement de réséquer la hernie, et d'en fermer l'orifice, mais de combattre les difformités qui l'accompagnent.

Dans ces cas compliqués, la suppression d'une large bande cutanéo-graisseuse a le triple avantage de :

1° Faciliter la cure radicale;

2° De débarrasser le sujet d'une graisse encombrante;

3° De contribuer d'une manière très efficace à la restauration de la paroi.

De plus, il convient d'agir sur la paroi musculo-aponévrotique pour s'efforcer de la restaurer ou, tout au moins, de la consolider.

HISTORIQUE

Il est clair que ces opérations larges et complexes, ne pouvaient être ni pratiquées ni proposées avant l'avènement de l'antisepsie et des techniques modernes, et qu'on n'ait songé qu'à une époque récente à élargir la cure de la hernie ombilicale. C'était déjà beaucoup que de s'occuper du sac, à une époque où l'on discutait encore sur les indications de l'intervention.

Les premiers opérateurs se sont estimés très heureux de pouvoir fermer l'orifice, sans trop s'inquiéter de la paroi. Justement parce qu'on n'en a pas assez tenu compte, les résultats ont été souvent mauvais et les récidives fréquentes.

Actuellement, certes, on fait mieux et il faut reconnaître chez tous les opérateurs un juste souci de prévenir le retour de la hernie en augmentant le plus possible, à l'endroit où elle siégeait, la résistance de la paroi. Une foule d'ingénieux procédés ont été utilisés dans ce but. On a employé de diverses façons l'aponévrose des muscles droits, des lambeaux des muscles eux-mêmes, on a accumulé les plans de sutures. Il serait trop long de les énumérer : aussi bien leur histoire est faite excellemment dans divers travaux parmi lesquels il nous plaît de citer la thèse d'agrégation de P. Segond (1883), le travail de Brodier (1893), et nos deux grands traités classiques de chirurgie. Quelle que soit l'importance de ces améliorations techniques, on peut dire que les procédés couramment utilisés aujourd'hui pour la cure radicale des hernies de

l'ombilic, ne répondent pas complètement aux indications particulière des hernies accompagnées de ptose et de prolapsus graisseux.

Or, depuis quelques années, on s'est attaqué avec une hardiesse constante à ces cas difficiles, et des publications, aujourd'hui assez nombreuses, ont été consacrées à l'étude d'opérations de plus en plus larges.

L'adoption de la suture transversale pour la fermeture de l'anneau ombilical, et la direction transversale des incisions cutanées nous paraissent avoir contribué efficacement à orienter les chirurgiens vers ces techniques nouvelles, dont elles constituent en quelque sorte l'amorce.

A la Société de chirurgie, M. DEMOULIN a eu récemment l'occasion d'en relater l'histoire (Rapp. sur observ. DUJARIER, mai 1912). Il en a cherché avec soin l'origine, et en attribue l'idée à DUCHAMP, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne, qui publia son procédé en 1896, dans *La Loire médicale*, et le fit à nouveau décrire dans la thèse d'un de ses élèves (ALLEMAND, Lyon, 1896). Mais DUCHAMP suture transversalement le seul orifice herniaire; pour la peau, il conserve l'incision ordinaire verticale. En 1899, MAYO, dans les *Annals of Surgery*, publie la relation de deux cas de hernies ombilicales opérées par un procédé analogue, qui lui a donné entière satisfaction.

Aussi, en 1903, une pratique plus étendue lui ayant donné une plus grande expérience de cette technique opératoire, il fait paraître dans le *Journal of the American medical Association*, un mémoire, dans lequel il annonce son intention de faire de la section et de la suture transversale son procédé habituel.

La même année, la *Semaine médicale* donne le résumé d'une publication de KAYSER parue dans *Hygiea* sur le même sujet.

Tavel engage à employer ce procédé chez l'enfant (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 1904); Kocher le recommande également.

Au Congrès de chirurgie de 1905, Gourdet le propose à nouveau. Morestin s'en déclare partisan résolu. Depuis 1900, il en use pour la cure radicale de toutes les grosses hernies ombilicales, et n'a eu qu'à s'en louer. Walther déclare aussi avoir pratiqué la suture transversale de l'anneau. Bientôt après, Michel consacre sa thèse à l'étude de ce mode de fermeture de l'orifice ombilical et relate les observations de Gourdet (Bordeaux, 1906).

Kelly (de Baltimore) l'utilise dans tous les cas de hernies ombilicales qu'il a occasion d'opérer.

En 1909, Hayd (de Buffalo) rapporte le résultat de onze interventions conduites de cette façon avec plein succès. Il en décrit la technique opératoire d'après Mayo dans l'*International Journal of Surgery* (décembre 1909).

Chez un sujet gras, on peut penser qu'en élargissant considérablement le cadre de l'opération, en agrandissant petit à petit les limites de l'ellipse cutanéo-graisseuse, limitées par les incisions transversales passant au-dessus et au-dessous de l'ombilic, on soit arrivé à de larges, d'immenses résections de peau et de graisse.

Dans la pratique que nous voudrions conseiller, deux idées directrices apparaissent : « Faire une bonne cure radicale; débarrasser le sujet d'un poids énorme de graisse encombrante. »

Ces excisions graisseuses ont été tentées par divers chirurgiens. Chose curieuse, ils se plaignent tous, chacun en particulier, de la pénurie des documents, et semblent s'ignorer les uns les autres. Le seul travail qui soit cité à plusieurs reprises est la communication de Demars et Marx (1) qui

(1) Demars et Marx. *Le Progrès médical*, 5 avril 1890.

date de 1890. Il est cependant juste de dire qu'à cette époque, cette innovation n'eut pas grand succès et que la méthode tomba dans le plus complet discrédit. GAUTHIER (1) (de Luxeuil), dans sa thèse, cite l'observation qui en fut le prétexte. C'est d'Amérique, dit-il, que nous vient cette méthode nouvelle, sans d'ailleurs insister davantage, ni indiquer aucune source. Sans doute peut-être fait-il allusion à l'observation n° III de son travail que lui communiqua M. ROCKAY, de Portland (Orégon).

Il s'agissait d'un malade d'un embonpoint extraordinaire qui était justement porteur d'une volumineuse hernie ombilicale Il retira le plus grand profit de la cure chirurgicale qu'il subit en l'année 1893, et du régime qui lui fut imposé par la suite.

L'année suivante, DELAUNAY opérait dans le service de PÉAN, à l'hôpital international, un cas semblable que rapporte également GAUTHIER. Puis le silence se fit sur cette question pendant plusieurs années, quand, au mois d'octobre 1899, H.-A. KELLY (2) la ramena à l'actualité.

En 1900, à la Salpêtrière, le Professeur SEGOND eut un instant dans son service, une femme monstrueuse. Il la présenta à la Société de Chirurgie comme un cas curieux, mais n'y toucha point. Son histoire a été publiée par MM. BONNEAU et DARTIGUES dans l'*Iconographie* de la Salpêtrière.

PÉAN, qui l'avait connue, paraît-il, avait songé à l'opérer. Mais, artiste foraine, s'exhibant en public, elle ne voulut pas sacrifier son gagne-pain et refusa énergiquement

En novembre 1900, J.-B. BULLITT (3) (de Louisville) publie l'observation d'une de ses opérées.

(1) GAUTHIER. *Th. Paris*, 1894-95.
(2) KELLY. *John Hopkins Hospital Bulletin.*
(3) S. B. BULLETT. *Ann. of Surgery* (nov. 1900).

En mars 1901, Peters rapporte un cas de Kelly, datant de 1899.

Nouvelle opération de Kelly au courant de 1909. Le terme « Lipectomie » est créé.

En France, une courte analyse est consacrée au travail de Kelly par Lecène dans le *Journal de Chirurgie*.

En Allemagne, on s'occupe aussi de la question. En 1906, Graser résèque dans les hernies ombilicales une tranche de peau et de tissu graisseux. C'est le dernier temps d'une opération compliquée destinée à refaire les parois abdominales. Malheureusement, sa longueur (elle dure deux à trois heures), ne laisse pas d'être inquiétante (*Archives de Langenbeck*, t. LXXX). En 1909, une observation de Weinhold est le prétexte d'un article important (*Zentralblatt fur Gynecologie*, sept. 1909).

Puis l'année 1911 voit les travaux d'Oelecker le 10 mars et de Jolly en juillet.

Presque au même moment, Desjardins présente à la Société des Chirurgiens de Paris, un cas fort intéressant qui fait l'objet d'un rapport documenté de M. Dartigues.

Enfin, récemment, plusieurs malades ont été opérées par Morestin, dont les observations ont provoqué ce travail; cinq à l'hôpital Tenon, une en ville. Les pièces provenant de trois de ces interventions ont été présentées à la Société Anatomique, mais aucune publication les concernant n'a pourtant paru dans le *Bulletin*.

Une des opérées, laparotomisée le 9 décembre 1911, fut présentée à la Société de chirurgie le 7 février 1912. Une autre le fut le 15 mai dernier.

Entre ces deux dates, à la séance du 20 mars 1912, M. Dujarier a également montré à la Société une de ses opérées dont l'observation a motivé un intéressant rapport de M. Demoulin.

Les documents, comme on le voit, ne sont pas extrêmement nombreux, bien que tous les cas opérés aient été publiés. Ils ne sont pas non plus très anciens. Mais tels quels, ils sont cependant suffisants pour pouvoir prêter à une étude d'ensemble des indications, des contre-indications, des procédés opératoires et des résultats que l'on en peut espérer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
ÉTAT DE LA PAROI ABDOMINALE

Chez certains sujets, le développement anormal et pathologique du tissu adipeux frappe l'économie entière, à des degrés divers. Mais souvent la répartition de la graisse n'est pas d'emblée aussi générale, et pendant un certain temps reste localisée à quelques régions. Parmi ces lieux d'élection, la moitié inférieure de la paroi abdominale vient au tout premier rang. La conséquence en est tout d'abord désastreuse au point de vue morphologique ce qui n'est pas sans présenter déjà un certain intérêt, mais de plus, et ceci est plus grave, au bout d'un temps plus ou moins long, toute la statique abdominale en sera fâcheusement influencée. Chez ces malades, qui sont presque toujours des femmes mûres, ayant eu plusieurs grossesses, la paroi abdominale est infiltrée de graisse dans des proportions variables mais souvent considérables. Le tissu adipeux s'accumulant surtout au niveau de l'ombilic et de la région sous-ombilicale, forme un large bourrelet, un repli épais allant d'un flanc à l'autre et tendant à descendre vers le pubis. Plus l'adipose est développée, plus les téguments sollicités par le poids de ce tissu graisseux tendent à céder : il se forme à la longue une sorte de tablier s'étalant au-devant du pubis et de la vulve, recouvrant par-

fois la racine des cuisses dans la station debout. Le ventre pend lamentablement, en besace.

Dans le décubitus dorsal, ces ventres deviennent absolument informes, la paroi graisseuse très mobile se déplaçant un peu dans toutes les directions. Ce détail a son importance, on le verra quand nous parlerons de la technique opératoire.

De gros bourrelets de graisse soulèvent la région lombaire, tandis que les fesses sont déformées par des paquets adipeux. Bref, ces malheureuses n'ont plus rien de féminin, ce sont des êtres amorphes » dont la configuration rappelle, comme le dit Morestin, les types que le plaisant Abel Faivre crayonne volontiers dans ses caricatures ».

Mais ces déformations plastiques ne sont pas, il s'en faut de beaucoup, les seuls méfaits de la surcharge graisseuse. Les muscles abdominaux, amincis, sans résistance, dégénérés, luttent mal contre la poussée des viscères. Chez de tels sujets, on est souvent en présence d'un véritable effondrement de la paroi.

Mais ce n'est pas tout. La graisse s'est également accumulée dans l'épiploon, le mésentère, les franges du gros intestin; elle augmente encore la tension abdominale.

Ainsi nous voyons la paroi abdominale diminuée dans sa résistance, amoindrie graduellement. En conséquence, les anneaux et orifices divers dont elle est trouée, seront dilatés, agrandis. La graisse, la graisse fluide et mobile ne manque pas de s'y engager et d'aider à la dissociation des plans musculo-aponévrotiques.

L'adipose est à la fois une prédisposition aux hernies et un véritable facteur mécanique dans leur production. On peut, d'autre part, se demander si à leur tour les hernies n'exercent pas une action sur l'organisme et en particulier sur la surcharge graisseuse.

C'est un fait bien connu que l'état général des sujets porteurs de hernies ombilicales n'est pas très brillant, et que chez eux les tares viscérales se rencontrent très communément. De plus, les douleurs qui entravent les efforts interdisent l'exercice et souvent même la marche, contraignent ces malades à un repos forcé et à la longue les conduisent à un embonpoint exagéré

Si bien, qu'en fin de compte, on se trouverait ainsi en présence d'un véritable cercle vicieux : l'adipose produisant la hernie, et celle-ci poussant tout doucement à la surcharge graisseuse de l'organisme.

INDICATIONS — CONTRE-INDICATIONS

A l'heure actuelle, personne ne songe plus à discuter la nécessité de la cure radicale des hernies ombilicales. Les bandages sont illusoires et impuissants à contenir la tumeur, même s'ils sont confectionnés avec grand soin. En principe donc, le traitement sanglant est justifié dans tous les cas *chez l'adulte*. Néanmoins il existe quelques contre-indications relatives tirées de l'état général, ou d'une maladie surajoutée. Il est évident, par exemple, que pour une vieille femme, emphysémateuse, dont le cœur est affaibli, le mieux est de s'abstenir.

Dans un grand nombre de circonstance, la hernie de l'ombilic se présente comme une lésion isolée et est simplement justiciable d'un traitement local, pour ainsi dire, d'une cure radicale pure et simple. Nous n'y reviendrons pas.

Mais il est des cas fort nombreux aussi, du moins nous le pensons, pour lesquels il convient de faire, en même temps que la cure radicale, une opération beaucoup plus complexe.

Cette indication nous est justement fournie par les sujets dont nous avons essayé d'esquisser le type au chapitre précédent, et dont les photographies annexées aux observations donnent une idée : grosses femmes d'un embonpoint démesuré, dont la paroi abdominale déchue est incapable de soutenir les viscères, effondrée et pendante. L'état de

ces malades est souvent aggravé par la présence d'une hernie ombilicale d'un volume variable, mais toujours considérable.

Ainsi les inconvénients de la hernie et de l'adipose se superposant, on peut concevoir les conséquences qui en résulte.

Ce tablier cutanéo-graisseux qui s'étale ainsi au-devant du pubis, de la vulve et des cuisses, peut atteindre des dimensions et un poids considérables. D'ailleurs l'adipose est rarement localisée au seul abdomen et l'on a le plus souvent affaire, à des sujets dont tout l'organisme es envahi, empâté par la graisse, approchant ou dépassant 100 kilos. C'est dire combien sont pénibles tous les actes qui nécessitent quelque effort, combien il est difficile à ces malades de se livrer à des occupations exigeant quelque résistance physique. L'activité donc est forcément très réduite, et les conséquences en sont désastreuses pour les malades de la classe où se recrutent nos hospitalisées.

Avec la meilleure bonne volonté, les soins de propreté sont illusoires. Aussi, au fond du sillon creusé au-dessous du bourrelet graisseux prolabé, s'accumulent les sécrétions des glandes cutanées et les déchets épidermiques. La peau, constamment irritée et macérée, présente bientôt des lésions très rebelles et infiniment désagréables (l'eczéma, l'intertrigo). Les rapports sexuels sont difficilement praticables et d'ailleurs médiocrement recherchés sans aucun doute. Même en laissant de côté toute préoccupation esthétique, il est certain que ces malheureuses femmes ont subi une véritable diminution de leur valeur sociale, que leur activité est amoindrie et que leur aptitude au travail est considérablement réduite ou même annulée, que leur existence est devenue très pénible.

Chez de tels sujets, tout traitement palliatif est illusoire. Les bandages qui ont déjà beaucoup de peine à contenir une simple hernie ombilicale sont ici complétement inapplicables.

Par la seule chirurgie, on peut leur venir en aide,

De l'intervention, on peut légitimement espérer :

1° De guérir la hernie;

2° Refaire une meilleure paroi;

3° Supprimer un poids de graisse inutile qui tend à entraîner la sangle musculo-aponévrotique, et en plus fort incommode;

4° Enfin rendre une forme humaine aux malades.

Ainsi les indications découlent tout naturellement de l'état de ces malades, dont le sort misérable est fait de la réunion des ennuis et des dangers de la hernie et des inconvénients de l'adipose abdominale localisée.

Mais pour tenter une intervention sérieuse en somme, il faut que le sujet présente une certaine résistance, qu'il n'offre pas de tare trop grave en un mot qu'il nous fasse crédit.

C'est dire qu'il convient avant toute intervention, de l'examiner complètement. Il faut tenir compte de son état général et l'ausculter avec soin pour juger de l'état des poumons et du cœur, pour nous renseigner sur le degré d'emphysème, l'état du myocarde et des gros vaisseaux, qu'il convient de surveiller les fonctions intestinales et s'assurer de l'absence d'éléments anormaux dans les urines.

C'est d'ailleurs une mesure prudente de suivre ces malades pendant quelques jours, pour voir comment ils supportent le lit, et les laisser s'y habituer. Cela permet aussi de vider et de préparer l'intestin par des purgations répétées.

Dans les cas d'étranglement avancé, ce serait exposer le

malade que de tenter sur lui une lipectomie. On l'a fait mais ce n'est pas prudent. Il nous paraît certes beaucoup plus sage dans une telle circonstance de se préoccuper surtout et même exclusivement de remédier à l'étranglement herniaire. Si l'étranglement date de quelques heures seulement, et que le sujet ne paraisse pas très atteint, la conduite peut être différente.

Ainsi donc, à part ces quelques restrictions, chaque fois qu'on sera en présence d'un gros ventre pendant, avec hernie ombilicale impossible à maintenir, si on a affaire à une malade que les nécessités de la vie obligent à un travail quotidien et pénible, il sera convenable de lui proposer la lipectomie associée à la cure radicale, et s'il y a lieu à la columnisation des aponévroses, avec la certitude que cette intervention complexe lui rendra les plus grands services.

TECHNIQUE DES DIVERSES MÉTHODES EMPLOYÉES

Les opérations qui ont derrière elles un long passé sont réglées dans leurs moindres détails. Mais celles dont nous nous occupons ici datent d'hier, leur technique n'est pas encore bien fixée; et c'est sans étonnement qu'on peut voir, dans la relation des cas publiés, que le manuel opératoire offre quelques variations d'un chirurgien à l'autre, L'idée de ces interventions nouvelles s'est manifestée de plusieurs côtés à la fois et presque simultanément en Amérique, en Allemagne et en France. Il était naturel que chaque chirurgien la réalisât suivant ses affinités personnelles, son goût et sa manière. Parmi les procédés employés, il en est qui paraissent élégants et sûrs et d'autres qui nous choquent un peu. Aussi bien allons-nous les passer rapidement en revue.

Technique employée par Rockay. — Gauthier nous en relate la technique de Rockay. Elle comprend deux temps différents :

1° La cure radicale de la hernie;

2° La cure de graisse.

Pour aborder la tumeur ombilicale, on la circonscrit par deux incisions curvilignes, allongées suivant le grand axe du corps, et qui donnent accès sur elle par la périphérie

Son contenu réduit, les bords de l'anneau sont avivés et réunis par un double surjet au catgut.

Ce premier temps achevé, l'opérateur trace au-dessous du pli à réséquer une incision joignant les deux épines iliaques, allant en profondeur jusqu'à l'aponévrose.

De chaque extrémité droite et gauche de cette incision en partent deux autres, obliques de bas en haut et de dehors en dedans, au-dessus du bourrelet graisseux à réséquer et s'arrêtant à quatre travers de doigt de la ligne médiane. Puis une incision en V renversé dont la pointe se trouve au-dessus de l'ombilic les réunit. En tout cinq incisions qui forment « une demi-étoile à quatre branches ».

Réunion.

Technique employée par Delaunay (1894), également rapportée par Gauthier. — On commence aussi par la cure radicale. Pour ce faire, on trace deux incisions curvilignes qui donnent accès sur la hernie. Une fois en présence de son contenu, on réduit l'intestin et on résèque l'épiploon s'il y a lieu, après avair fait une solide ligature en chaine. Le pédicule est réduit. On peut alors enlever la peau et la masse épiploïque qui lui adhère. L'anneau est excisé et on pratique une suture à étages de la paroi, qui donne une cicatrice médiane.

Cette incision est alors prolongée jusqu'au pubis. A quatre travers de doigt, de chaque côté d'elles, deux autres incisions verticales et parallèles à la première vont de deux centimètres au-dessus de l'ombilic jusqu'à l'arcade de Fallope. Elles comprennent en profondeur peau et tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose. Les lambeaux ainsi délimités «, semblables à deux énormes aiguillettes », sont disséqués. A ce moment, au niveau de l'hypogastre, on pratique une autre section allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. De chacune de ses extrémités, part

une incision venant aboutir à la solution de continuité médiane. On a ainsi délimité deux nouveaux lambeaux triangulaires qui sont également réséqués.

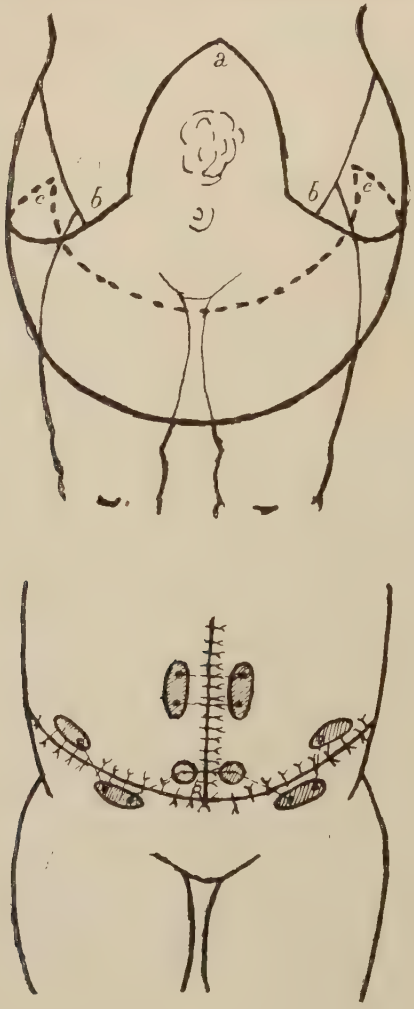
Deux surjets au catgut, l'un vertical, l'autre transversal rétrécissent les bords de la plaie.

Technique employée par J.-B. Bullitt (1900). — Ici encore, le premier temps de l'opération consiste à effectuer la cure radicale. Pour découvrir le sac herniaire, une incision de six pouces de long est creusée à deux pouces au-dessus de l'ombilic, le sac est disséqué, ouvert, l'intestin et l'épiploon réduits. On procède à la fermeture de l'anneau. Cette incision transversale est alors prolongée à droite et à gauche jusque dans les flancs. Une deuxième court au-dessus de l'ombilic et rejoint là les extrémités de la première dans les deux flancs. En profondeur, elles vont jusqu'à l'aponévrose antérieure des muscles droits. Le lambeau de peau et de graisse compris entre ces deux incisions, d'une épaisseur de plusieurs centimètres, est alors disséqué et enlevé. Un surjet au catgut rapproche les plans profonds. La suture de la peau s'effectue à l'aide de points à la soie à plusieurs centimètres d'intervalle. Enfin, un long surjet au catgut sert à un dernier affrontement.

Techuique employée par Weinhold. — La hernie est aux trois quarts circonscrite, par deux incisions obliques, délimitant un ovale (*a*, *b*).

Leur longueur est calculée de telle façon que la plaie qui s'ensuit une fois réunie, occupe la place de la ligne blanche et vienne finir à un travers de main de la symphyse. A l'extrémité (*b*) de chacune de ces lignes, se branche une incision qui forme avec elles un angle obtus en dehors, et se prolonge dans les flancs jusqu'au delà du bourrelet graisseux à réséquer. A ce moment, le ventre est relevé en

haut par un aide qui le maintient des deux mains et les



deux extrémités des incisions du flanc (*c*) sont réunies par

une ligne transversale tirée à un travers de main au-dessus de la symphyse. Toute la partie circonscrite par cette vaste incision est enlevée avec la graisse. On prend soin de sectionner la masse adipeuse, suivant une ligne oblique, de façon à ce que le bord de la peau dépasse la section graisseuse.

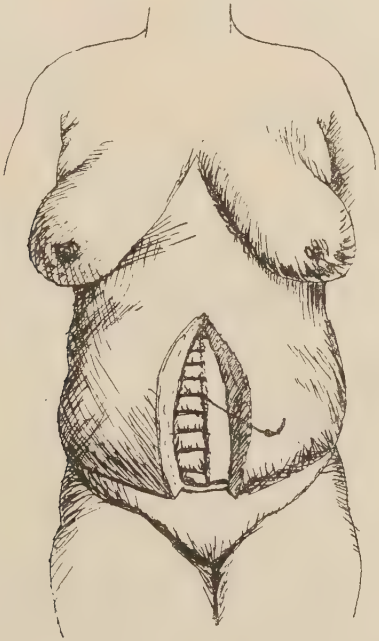
On suture les aponévroses et la peau en plusieurs plans, mais de façon à obtenir une figure linéaire affectant la forme de T renversé (⊥).

Pour éviter la tension de la plaie, on place de chaque côté de la suture une plaque de plomb, maintenue par un fil d'argent solide qui traverse la peau.

Technique employée par d'Oehlecker. — Désinfection de

la peau à la teinture d'iode. On pratique une incision courbe au-dessus du pubis, sous le tablier graisseux qu'on se propose d'enlever. Deux autres incisions courbes par-

tent de la pointe du sternum, circonscrivent la hernie ombilicale et vont rejoindre la première. A ce moment, ces trois incisions figurent assez bien un œuf. Quant à la longueur de l'incision inférieure, il convient qu'elle soit en

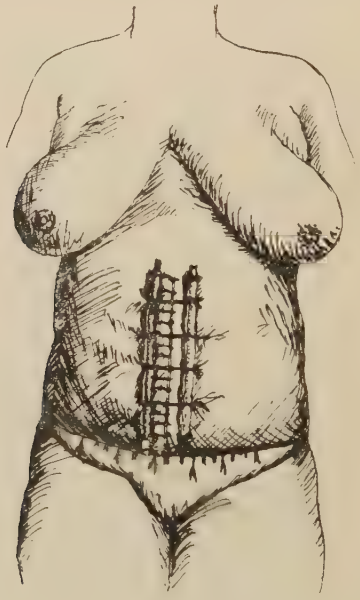


rapport avec le degré de l'obésité. On dissèque jusqu'à l'aponévrose et on libère l'anneau herniaire.

Le lambeau relevé en haut, on a sous les yeux un champ opératoire accessible. Le péritoine est ouvert sur la ligne médiane, par une petite incision sur le bord inférieur du collet de la hernie ; ouverture du sac ; résection de l'épiploon ; libération des adhérences.

Excision du paquet graisseux. L'opération s'achève suivant le procédé de Keen, Condamin, etc.

Il faut alors procéder à la réfection des muscles, au rapprochement des droits. A cet effet, on passe des fils



solides à travers l'aponévrose des droits en embrassant le bord des muscles, et enfouissant la ligne blanche pathologiquement élargie vers la cavité abdominale. Autre suture à points continus pour mieux assurer la réunion.

Cette suture des droits une fois accomplie, la plaie s'est notablement rétrécie. Les compresses qui la protègent sont enlevées. Dans les angles inférieurs de cette plaie, on enlève encore deux coins cunéiformes, dont la forme et la longueur se règlent suivant le degré de l'obésité. L'incision inférieure

est prolongée jusqu'aux épines iliaques antérieures et supérieures. « Comme si on boutonnait une veste, les deux moitiés latérales de la peau du ventre sont poussées vers la ligne médiane et en même temps tirées vers le bas. » Il convient que la peau ait une certaine tension lors de la réunion. Eviter la contusion de la graisse. Appliquer un pansement adhésif pour éviter que les fils de soie ne coupent. Protéger la région sus-pubienne de peur de l'infection.

Technique employée par Desjardins. — L'abdomen est saisi et soulevé à l'aide de trois grandes pinces qui sont accrochées à la poulie de Reverdin. L'incision a la forme d'un losange dont les angles sont formés par le sternum, le pubis; les deux autres sont sur une perpendiculaire élevée des deux épines iliaques. Dissection du lambeau en rasant l'aponévrose et en circonscrivant l'ombilic de plus en plus près. Incision de la paroi musculo-aponévrotique suivant le procédé de Condamin. Hémostase; ligatures à la soie fine; fermeture de l'anneau.

Suture de la peau avec des fils d'argent et de soie.

Dans les cas qui vont suivre, il n'y avait point de hernie ombilicale, mais ces procédés pouvant être aussi appliqués, nous allons les énumérer :

Technique employée par Schultz. — Deux incisions curvilignes. Toutes les deux sont à concavité, dirigées en haut.

Les extrémités de ces incisions vont jusque dans les flancs.

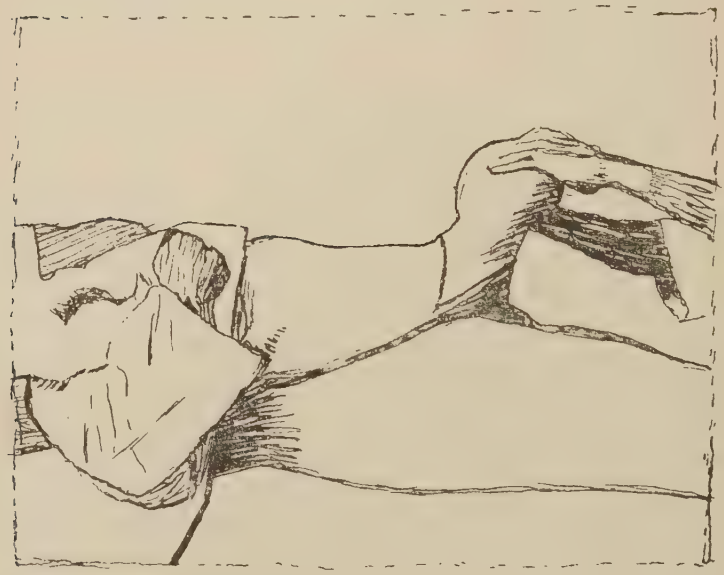
L'incision inférieure court dans le pli qui sépare le bourrelet graisseux de la peau de l'abdomen. Résection de la partie comprise entre ces deux incisions et enlèvement avec la peau de la totalité de la graisse.

Sur le bord supérieur de la plaie, on taille une tranche de graisse ayant la forme d'un coin. Hémostase. Deux

drains, sous le bord supérieur de la plaie, sont placés dans le sens de la longueur.

Sutures profondes, moyennes, agraffes de Michel pour la peau.

Technique employée par Jolly. — Jolly, dans les deux

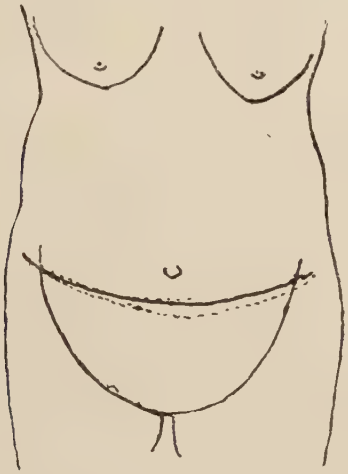


cas qu'il a eu occasion d'opérer, recourut à la technique suivante :

Deux incisions transversales passent l'une au-dessus, l'autre au-dessous du pli graisseux. Elles sont toutes les deux concaves en haut et parallèles entre elles, ce qui fait qu'elles semblent s'emboîter l'une dans l'autre. Ces incisions faites, à larges coups de bistouri, allant en profondeur jusqu'à l'aponévrose superficielle des muscles droits, il

libère une masse de graisse affectant la forme d'un coin.

La surface de section est réunie, dans sa partie graisseuse,



avec du catgut. La peau est suturée avec des agrafes de Michel. Pour éviter la section par les fils de suture, un coussin de sable est placé sur l'abdomen.

Technique employée par Kelly. — Une place à part doit être réservée au procédéde Kelly (de Baltimore).

On enlève une masse de peau et de graisse analogue comme forme, à une tranche de melon. A cet effet, deux incisions curvilignes sont tracées, allant d'un flanc à l'autre, et passant l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'ombilic, qui se trouve situé au centre de la masse.

Comme les autres opérateurs, Kelly va en profondeur jusqu'à l'aponévrose des droits.

Au fur et à mesure de la dissection, qui est rapidement menée, des compresses de gaze protègent le champ opératoire.

Sitôt le lambeau enlevé, on procède à l'hémostase et à la réunion de la plaie. Pour ce faire, on amène les deux lèvres de la plaie au contact par un point de suture médian, à la soie. Puis, d'autres soies sont placées à dix centimètres d'intervalle les unes des autres. Une nouvelle série le ramène à cinq centimètres. Enfin, une dernière série de points au catgut complète l'affrontement. Pour le drainage, on laisse deux compresses de gaze qui sortent par les deux extrémités de la plaie. Anesthésie à l'éther.

Technique suivie par Morestin. — Pour aider à la clarté de la description, nous prendrons un exemple. La malade est conduite éveillée à la salle d'opérations, et l'anesthésie s'est commencée qu'après complète préparation de la région opératoire.

Le choroforme est administré d'ailleurs à la dose minima. La malade, couchée sur le dos, ne présente pas du tout le même aspect que dans la station debout. Le ventre s'est étalé dans tous les sens. Il remonte vers le thorax, s'étend vers les flancs. Entre les fausses côtes et la crête iliaque, presqu'au même niveau que le plan de la table d'opération, viennent mourir deux gros bourrelets graisseux montant de la région sous-ombilicale. Les incisions devront donc pour les atteindre être portées jusque dans les régions lombaires.

Pour s'orienter sur ce ventre fluctuant, il est utile de placer des repères. A cet effet, une pince à deux tracteurs superposés, saisit la peau sur la ligne médiane. Notons en passa que sur ces ventres déformés, trouver cette ligne médiane est quelquefois fort malaisé. Deux pinces semblables, mais plus petites, sont placées dans les flancs à peu près à l'endroit où devront aboutir les lignes de section.

Une première incision partie du flanc droit, vers le milieu d'une perpendiculaire menée de la crête iliaque aux fausses

côtes, descend suivant une courbe douce jusqu'au voisinage du pubis, passant, à deux centimètres environ, au-dessus du sillon qui sépare le bourrelet graisseux de la paroi abdominale, puis remonte pour aboutir à un point symétrique du flanc gauche. Avant de circonscrire complètement l'ombilic et la tranche abdominale qu'on se propose d'enlever, il convient d'examiner et d'apprécier l'étendue du sacrifice nécessaire, afin de permettre la réunion de la brèche sans trop tirailler les lèvres de plaie. Ceci est affaire de pratique.

On trace alors au-dessus de l'ombilic et à la distance jugée convenable, une incision légèrement courbe à concavité inférieure joignant les deux extrémités de la première.

A ce moment, à larges coups de tranchant du bistouri, on s'attache à disséquer cet énorme lambeau, en ayant soin de raser l'aponévrose antérieure des muscles abdominaux.

Par cercles concentriques, on se rapproche au fur et à mesure et de plus en plus du pédicule ombilical, ce qui est fait assez promptement, d'ailleurs. La masse ne tient plus alors que par le pédicule ombilical. Le lambeau retourné comme un gant, et relevé par un aide, on s'attaque à la hernie dont on a à faire la cure radicale. En cette occasion, un excellent procédé s'offre à nous : c'est celui de Condamin. La paroi abdominale est ouverte au niveau de l'anneau en commençant par son bord inférieur et externe. On peut « de visu » se rendre compte que la tumeur herniaire est constituée par une notable quantité d'épiploon. Elle contient en outre des anses d'intestin.

L'épiploon, est attiré hors du ventre; on le divise en un certain nombre de pédicules, qu'on prend soin de lier à des hauteurs différentes, et ils sont réduits un à un dans

la cavité abdominale. Puis c'est le tour de l'intestin de réintégrer sans trop de peine sa place normale.

On active de refracer l'incision circulaire entourant entonnoir ombilical et la masse est complètement libérée. Fermeture de l'anneau par un double surjet au catgut, dans le sens transversal.

Chemin faisant, on avait pris soin de garnir de paquets de compresses cette immense plaie et d'appliquer des pinces de Kocker sur tout ce qui saignait. On les remplace en temps voulu par des ligatures au catgut.

Mais l'opération à ce moment n'est point terminée. Chez la malade on constate que le musculature est effrondrée, sans consistance, des droits amincis, une ligne blanche distendue, bref, une éventration des plus sérieuses.

Cette sangle abdominale devenue trop lâche, va-t-on, pour la rétrécir, en réséquer simplement une partie et réunir la plaie ainsi créée?

Voici comment on procéde à ce temps de l'opération.

Sur une ligne verticale coupant la plaie vers son milieu, on enfouit une bande aponévrotique à l'aide d'un long surjet. Un deuxième surjet enfouit le premier, et ainsi de suite. On peut alors constater que la paroi s'est peu à peu rétrécie, qu'elle est comme revenue sur elle-même.. Le sujet ne présente pas à ce moment une *éventration*, mais bien une *inventration*, car ces surjets successifs ont abouti à la formation d'une crête dont l'arête est tournée vers la cavité abdominale.

On exécute la même manœuvre sur les parties latérales en dehors des muscles droits.

On peut alors songer à refermer la plaie. Pour permettre la réunion facilede ses bords, M. Morestin décolle un peu en haut, un peu en bas, le pourtour de la surface cruentée et les lèvres de la plaie sont facilement amenées au con-

tact. La suture est faite au crin de Florence. Un point médian, deux latéraux, sont placés pour la guider et la faciliter. A distance de un demi-centimètre, tantôt superficiels, tantôt plus profonds, on place ainsi une soixantaine de points. C'est la partie fastidieuse et la plus longue de l'opération. Le nombre de ces points de suture dit assez la longueur de l'incision. Elle s'étend, en effet, d'un flanc à l'autre. On dirait une demi-sectiondu corps qu'on aurait tentée et réparée.

A chaque extrémité, un drain est laissé; on protége la suture par d'innombrables compresses et un bandage compressif est appliqué.

L'opération durera de cinquante minutes à une heure, mais la malade absorbe un minimum de chloroforme.

La pièce examinée montre à la mensuration : de 70 à 90 centimètres de longueur, de 15 à 30 de hauteur et de 1 à 12 d'épaisseur et pèse 2, 3, 4 kilos.

Pour nous résumer, nous dirons donc :

1° Deux incisions curvilignes transversales au-dessus et au-dessous de l'ombilic et du pli graisseux à réséquer, allant en profondeur jusqu'à l'aponévrose antérieure des muscles abdominaux, traversant toute l'épaisseur de la couche adipeuse.

2° Dissection rapide du lambeau ainsi délimité jusqu'à ce que le pédicule ombilical soit son seul point d'attache.

3° Cure radicale de la hernie Suture transversale de l'anneau.

4° Restauration de la paroi par de multiples plications aponévrotiques.

5° Réunion de la peau; drainage; pansement compressif bien serré.

SOINS POSTOPÉRATOIRES
LES SUITES DE L'OPÉRATION

Les soins post-opératoires méritent une extrême attention. Ces malades demandent à être surveillés de très près et pansés avec le plus grand soin.

Une fois ramenés dans leur lit, il ne faut pas, comme on le fait pour les autres opérés, les étendre horizontalement mais, au contraire, les placer dans la position demi-assise. La tête et le buste sont surélevés, les jambes pliées et un coussin est placé en travers sous les genoux fléchis. De ce fait, la paroi abdominale est relâchée et les sutures, moins tendues, ont plus de chances de ne pas sectionner les tissus.

Si nous supposons le cas le plus favorable : le chloroforme a été bien supporté, grâce à la parcimonie avec laquelle on a donné le narcotique, il y a eu pas ou peu de vomissements; par conséquent, les sutures n'ont pas eu à supporter de secousses saccadées et violentes. La température est normale et le pouls se maintient bon. Les drains sont enlevés le deuxième jour. S'il n'y a pas de suintement exagéré qui nécessite son changement, on laissera ensuite le pansement en place jusqu'à l'ablation des fils, qui a lieu le septième jour.

Les malades, restés couchés pendant quatre semaines, entières, peuvent alors tout doucement commencer à se lever un peu et essayer leurs forces. Plus tard, ils ou elles

peuvent, s'ils veulent s'assujettir à ce soin, porter une ceinture abdominale souple, en flanelle, mais pour les cas ordinaires, la nécessité ne s'en fait pas absolument sentir.

Il s'en faut cependant que les choses se passent toujours aussi simplement, et en vérité, il serait surprenant qu'après de telles interventions, on n'eût jamais à enregistrer que la guérison dans des conditions idéales. La pratique est parfois moins clémente au malade et au chirurgien. Quelles peuvent donc être les complications que nous aurons à combattre? Plusieurs auteurs ont signalé, et s'en sont plaints beaucoup, une véritable fonte adipeuse. L'écoulement ainsi établi peut durer plusieurs jours et varier d'abondance. Cette éliminationde graisse ne pourrait qu'être profitable au malade, si elle ne retardait un peu la cicatrisation des orifi ces de drainage. Chez une de nos malades, ce fait s'est produit. La guérison n'en fut pas moins bonne et durable. Le résultat heureux ne s'est pas démenti, et l'opérée n'a pu se défendre d'exprimer bien des fois au chirurgien le parfait contentement qu'elle éprouve de sa métamorphose.

On peut, et à juste titre, songer avec effroi aux conséquences de l'infection dans une plaie offrant de telles dimensions. L'immense étendue du champ opératoire, la difficulté de manier facilement un paquet de graisse et de peau d'un poids toujours considérable, souvent énorme, la longue durée et la complexité des manœuvres opératoires, rendent toujours possibles quelque petite faute ou négligence d'asepsie. La déchéance des tissus augmente encore leur réceptivité. Aussi, chez un assez grand nombre d'opérées, on a vu survenir des suppurations, qui, d'ailleurs, sont demeurées localisées et, après une évolution bénigne, ont parfaitement guéri. Il a toujours suffi de faire sauter quelques points de sutures aux endroits où les téguments

semblaient tendus, de surveiller et de panser avec soin ces parties infectées de la plaie, de les badigeonner quotidiennement de teinture d'iode pour obtenir une cicatrisation relativement rapide.

D'autre part, l'état défectueux des viscères peut toujours nous réserver certaines surprises désagréables. Chez ces malades obèses, l'appareil respiratoire en particulier est d'une extrême fragilité et nous vivons, à leur égard, dans la crainte constante des complications pulmonaires, congestion, bronchites, broncho-pneumonie, qui pourraient entraîner une mort rapide.

Même s'il ne survenait aucune éventualité grave, il y aurait toujours à redouter, chez ces emphysémateux, les quintes de toux qui, par les brusques et violentes secousses imprimées à l'abdomen, peuvent faire sauter les sutures.

Signaler toutes les complications, sinon probables, du moins possibles, serait entourer d'un cadre un peu trop sombre la « Lipectomie ». Aussi bien nous préférons passer en revue dans un bref tableau les inconvénients qu'on ne manquera pas de reprocher à la méthode en y opposant les avantages qu'elle comporte et les résultats acquis grâce à elle.

AVANTAGES DE LA NOUVELLE TECHNIQUE
RÉSULTATS

Au premier abord on pourrait être tenté de trouver téméraire une intervention aussi hardie, aussi vaste, aussi formidable. Quand pour la première fois on assiste à cet immense délabrement, malgré soi, on ne peut se défendre de quelque surprise et aussi de quelque crainte en voyant les muscles et aponévroses de l'abdomen exposés depuis la pointe du sternum jusqu'au pubis et d'une crête iliaque à l'autre.

Mais les choses se passent fort bien dans la grande majorité des cas, et ces immenses plaies guérissent beaucoup mieux qu'on n'aurait osé l'espérer. Les résultats démontrent de façon péremptoire l'opportunité et la bénignité relatives de telles interventions. L'étude des observations, tant françaises qu'étrangères, nous montre qu'il n'y a pas encore eu un seul cas de mort du fait de l'intervention ou de ses suites. Une telle constatation est assurément fort encourageante.

« En y réfléchissant, il n'y a pas lieu de trop s'en étonner (1). L'opération est énorme, mais porte presque exclusivement sur les parties molles superficielles. Les malades ont été pour la plupart opérés en dehors de toute compli-

(1) Mofestin, *Soc. de chir.*

cation. On a justement choisi pour cette intervention élargie des malades offrant une certaine résistance; enfin on leur a fait subir une sage préparation. »

On a voulu comparer la gravité de telles interventions avec celle de l'ancienne cure radicale pure et simple de la hernie ombilicale. Cela n'est pas possible. D'ailleurs, dans ce dernier cas, il faut distinguer les sujets opérés à froid qui guérissent normalement et ceux chez lesquels on est intervenu d'urgence sous la menace de graves complications. L'opération que nous proposons est plus complexe, plus longue et plus sérieuse. Mais elle offre de si sérieux avantages qu'il ne faut pas hésiter à y avoir recours quand les indications s'en présentent.

En effet, dans la cure radicale ordinaire des hernies ombilicales, les moyens d'action sur la paroi musculo-aponévrotique sont très limités. Malgré tout le soin qu'on apporte à fermer l'anneau, quel que soit le mode de suture qu'on a employé à cet effet, la récidive survient souvent, justement parce qu'on n'a rien fait ou presque rien pour la paroi.

Les grandes excisions cutanéo-graisseuses nous facilitent beaucoup le traitement de la paroi aponévrotique, à cause du jour énorme qu'elles nous donnent.

Pour les pratiquer, on a eu recours à des incisions diverses. Nulle autre que l'*incision transversale* ne donne plus de jour sur le champ opératoire et ne facilite davantage l'opération. On a sous les yeux la presque totalité de la paroi abdominale. On peut procéder dans toute sa longueur ou sa largeur, au plissement, à la mise au point de la sangle abdominale.

L'opération de la cure radicale est elle-même facilitée. Au lieu de s'orienter péniblement à travers des murailles graisseuses que les plus larges écarteurs maintiennent diffi-

cilement, le chirurgien a sur les enveloppes et le contenu de la hernie un accès facile.

La suture transversale de l'anneau permet de rapprocher facilement dans presque tous les cas les deux demi-circonférences de l'orifice ombilical. Le *procédé transversal* permet, une fois l'opérée dans son lit, de la mettre « assise, complètement assise, ou couchée sur le côté », sans crainte de voir sauter les sutures, ce qui n'est guère possible avec la suture verticale.

Le sujet retire un grand profit de l'intervention. Etre délivré d'un poids de plusieurs livres, quelquefois de plusieurs kilogrammes, pendant au devant des cuisses, paralysant les mouvements, diminuant de toutes façons les malades, en même temps que d'une infirmité aussi grave que la hernie ombilicale, c'est là assurément un changement des plus heureux. Après l'opération, l'abdomen a repris un volume, un contour, une apparence à peu près normaux. La paroi, plus consistante, rétrécie, sangle les viscères comme dans un corset naturel.

Le sujet peut mener une vie normale, rentrer dans la société, travailler, gagner sa vie.

En ce qui concerne l'esthétique, l'amélioration est des plus importantes. Ce point de vue est loin d'être négligeable et même à lui seul suffirait à légitimer l'intervention.

Tels sont les résultats immédiats. Ils sont excellents et nos malades sont enchantées du sort qu'on leur a fait. Ces interventions sont trop récentes pour qu'on puisse engager l'avenir. Nos plus anciennes observations ne remontent pas à deux ans. Cependant, cette durée de la guérison peut nous laisser les plus légitimes espérances.

Quoi qu'il en soit, l'absence totale d'accidents opératoires mortels, la répétition des guérisons, l'absence habituelle de

complications et leur bénignité relative quand elles se produisent, les commodités que procure cette façon de faire, militent en faveur de la lipectomie étendue. On ouvre par là à cette catégorie de malades un avenir plein d'espoir et c'est déjà leur rendre un immense service.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

OMPHALECTOMIE. — RÉSECTION DE LA GRAISSE SOUS-OMBILICALE.

Observation de M. le Pr Harlmann

Mme L..., 65 ans, ménagère, entre, le 12 février 1912, à l'hôpital Bichat, présentant au niveau de l'ombilic une tumeur dont l'apparition remonte à une vingtaine d'années. De petit volume à cette époque, la malade s'en inquiéta peu, et la conserva ainsi quinze ans sans gêne. Depuis cinq ans seulement, elle porte une ceinture.

Le 4 février dernier, en procédant à sa toilette, elle fut prise brusquement d'une violente douleur au niveau de l'ombilic, qui dura tout le jour, et s'accompagna de nausées. Les selles furent normales cependant, et tout se calma quand elle se mit au lit.

Une crise semblable se serait déjà produite le 31 janvier, moins longue, mais plus violente.

En examinant cette femme, on est tout de suite frappé par un ventre volumineux et flasque, retombant si bas que l'ombilic se trouve à 15 centimètres au-dessous de la ligne passant par les épines iliaques antérieures et supérieures.

La dépression ombilicale est remplacée par une tumeur présentant deux parties l'une supérieure, du volume d'un œuf, l'autre inférieure, un peu plus petite. Ces deux bosselures sont séparées par un sillon assez profond.

Cette tumeur dépasse les limites de la cicatrice ombilicale distendue, sauf en un point à la partie inférieure gauche, où elle est encore visible, pour se continuer avec les parties avoisinantes.

La peau à ce niveau est rosée, parcourue par des veines bleuâtres. Autour de l'ombilic on voit des vergetures.

Si on palpe cette tuméfaction, on se rend compte qu'elle diminue de volume, mais ne se laisse pas réduire complètement.

Par contre, elle augmente pendant la toux et atteint la grosseur d'une tête de fœtus. On ne perçoit pas de gargouillement.

La consistance des deux parties n'est pas la même; l'inférieure est molle et dépressible, la supérieure présente une certaine résistance au doigt.

L'examen général de la malade nous montre des organes sains, et les antécédents ne nous apprennent aucun détail notable.

Opération le 15 *février* 1912. — Une incision transversale se dédouble au niveau de l'ombilic, une branche passe immédiatement au-dessus de la hernie, l'autre notablement au-dessous, les extrémités de l'incision allant jusqu'aux limites latérales de la face antérieure du ventre. Nous circonscrivons ainsi une large côte de melon comprenant la hernie et la masse graisseuse.

Puis nous décollons cette masse graisseuse de la paroi aponévrotique de l'abdomen dans toutes les directions jusqu'au collet de la hernie qui n'est pas plus grand qu'une pièce de cinq francs; à ce niveau, une incision circulaire nous permet d'enlever la hernie ombilicale et son contenu, après pincement de l'épiploon dans le ventre.

Il n'y a dans la hernie que de l'épiploon; le côlon transverse affleure. On fait une ligature par petits paquets de cet épiploon; deux catguts chromés en U appliquent la lèvre supérieure de l'orifice herniaire sur la face antérieure de l'aponévrose sous-jacente.

Un surjet de catgut fixe le bord de ce contour à la face antérieure de l'aponévrose. Il n'y a à lier que quatre ou cinq vaisseaux.

Une contre-ouverture à la partie inférieure du décollement

permet de passer deux bouts de drains. La peau de la région hypogastrique, en grande partie dégraissée, est remontée et suturée à la lèvre supérieure de la plaie.

Le lendemain, 16 février, un drain fut enlevé, et le second, le jour suivant.

Le 26, on fit l'ablation d'une partie des fils, et les derniers furent enlevés le 28.

OBSERVATION II

Prolapsus abdominal. — Hernie ombilicale et sus-ombilicale. — Polysarcie énorme.

(Obs. de M. H. Morestin.)

La malade, une dame M..., âgée de 49 ans, entre à Tenon, salle Boyer service de M. Morestin, pour une fracture de jambe, le 12 janvier 1910.

On lui met, le 18, un appareil plâtré qui est enlevé le 4 mars. La fracture est alors consolidée. Mais cette malade, que le hasard d'un traumatisme avait conduite à Tenon, présentait par ailleurs une difformité des plus pénibles, une volumineuse hernie sus-ombilicale s'accompagnant d'un énorme prolapsus abdominal. Le ventre effondré et pendant tombait au-devant des cuisses au point que l'*ombilic* se trouvait au-dessous de la vulve.

Au-dessus du nombril existe une grosse masse herniaire, plus grosse que les deux poings.

Des bourrelets adipeux contournent les flancs, prolongeant cette sorte de tablier qui descend sur les cuisses. Les mamelles sont affreusement ptosées et les fesses hideusement chargées de graisse mollasse complètent cet horrible tableau.

La malheureuse femme est extrêmement incommodée.

Dans la position debout, on peut noter que les jambes devien-

nent tout à fait violettes, indice d'un trouble grave de la circulation veineuse.

Cette malade est opérée le 28 avril 1910.

Au lieu d'agir directement sur la hernie, M. Morestin décide de réséquer une très large tranche de peau et de graisse au-dessous de l'ombilic, et par là après un décollement, d'accéder à la hernie, de combiner le *dégraissage*, la *cure de la hernie* et la *restauration pariétale*.

Deux énormes incisions curvilignes délimitent la tranche à réséquer ; l'une passe dans le sillon sus-pubien, l'autre à dix centimètres au-dessus.

Elles se réunissent sur les limites de la région lombaire. Chacune d'elles a plus de 50 centimètres de long.

Le pannicule adipeux a de trois à quatre travers de doigts d'épaisseur. Il est parcouru par de nombreuses veines assez volumineuses. L'aponévrose libérée, cette vaste tranche cutanéo-graisseuse est enlevée. On s'arrête un moment pour assurer l'hémostase. Puis le décollement par en haut commence après tamponnement de toute la plaie.

Deux hernies se montrent alors successivement, l'une ombilicale proprement dite, peu volumineuse, contenant de l'épiploon; l'autre, plus haut située, dont la partie intestinale s'est réduite pendant l'anesthésie, mais qui contient encore presque tout l'épiploon, tout, sauf ce qui s'était logé dans la petite hernie sous-jacente. Entre les deux sacs, se trouve un pont de deux centimètres de ligne blanche.

Les deux sacs sont réséqués avec leur contour fibreux, et réséqué encore le pont intermédiaire, de façon à n'avoir plus qu'un seul orifice. Résection de l'épiploon tout près du côlon.

L'orifice est fermé transversalement et cette suture est enfouie sous une nouvelle rangée de points séparés, ce qui se fait très facilement sans traction aucune et donne un très bon affrontement.

Sous la nappe tégumentaire relevée, on procède à l'ablation de vastes paquets graisseux. Des ligatures assez nombreuses sont placées. *La cicatrice ombilicale a été conservée.* Aussi quand le

lambeau décollé est rabattu, car il s'agit d'un véritable et vaste lambeau, l'abdomen offre-t-il un aspect presque normal, bien différent de ce que l'on observe après l'omphalectomie. D'autre part, le cône qui se soulevait par une sorte d'érection violente, à chaque effort de la malade, ne se montre plus depuis la réduction de la paroi dans le sens vertical.

La suture de la peau nécessite, à la vérité, un nombre énorme de points de suture. Aux deux extrémités, on laisse deux gros drains.

Un bandage spécial avec une pièce entière de flanelle est nécessaire pour envelopper la malade, malgré la diminution opératoire qu'elle vient de subir.

Le chloroforme, comme on pouvait s'y attendre, a été fort mal supporté; sécrétion bronchique extrêmement abondante, faciès violacé, respiration difficile.

Quand l'opération est terminée, au bout d'une heure un quart, la malade a bon aspect, le pouls est satisfaisant. Elle ne paraît pas choquée. Les suites furent assez simples. Les premiers jours, le pouls fut à 116. L'opérée se plaint de n'avoir pu dormir et d'être fatiguée. Les vomissements s'arrêtèrent presque tout de suite.

Le 3 mai, les drains furent enlevés, et quelques jours plus tard les fils.

Le 20 juin, la malade se lève et s'en va bien guérie le 25 du même mois.

Elle a été revue depuis à quelques reprises; son état est resté tout à fait satisfaisant; elle se sent infiniment mieux et capable d'une activité beaucoup plus grande.

OBSERVATION III

Récidive d'une hernie ombilicale chez une femme énorme. Lipectomie étendue.

(Obs. de M. H. Mercelin.)

Il s'agit d'une malade âgée de 50 ans, Mme T..., originaire de la Martinique.

Mme T... a déjà subi, en 1905, une intervention pour une énorme hernie ombilicale, contenant l'épiploon, beaucoup d'intestin grêle et tout le côlon transverse.

L'opération avait été très laborieuse. Les suites immédiates en furent bonnes, mais au bout de quelques mois survint une récidive et la nouvelle hernie reprit en quelques années les dimensions de l'ancienne. Même elle s'étrangla à plusieurs reprises, mais chacune de ces crises put être heureusement conjurée sans intervention.

Mme T... est une femme *énorme*, elle a eu six enfants. Elle a eu autrefois de nombreuses poussées de lymphangite des pays chauds qui ont abouti à un éléphantiasis de la jambe gauche. Menant une vie sédentaire et douée au surplus d'un formidable appétit, son embonpoint est devenu prodigieux, et l'abdomen atteint chez elle des proportions véritablement gigantesques.

Au mois de juillet 1911, elle vient réclamer une nouvelle intervention.

A ce moment on constate la présence d'une hernie grosse comme trois fois le volume du poing environ, car ses dimensions sont difficiles à préciser à cause de l'énorme quantité de graisse.

Le ventre immense, archi-pendant, cache le mont de Vénus et la vulve; il descend jusqu'à mi-cuisses.

Un sillon d'une grande profondeur se creuse entre la paroi

abdominale prolabée, le mont de Vénus et la racine des cuisses, sillon dont les parois sont intertrigineuses.

Par-dessus ce ventre tombant, descendent des mamelles gigantesques. Cette pauvre femme est vraiment monstrueuse. On conçoit qu'un pareil prolapsus, accompagné de hernie, entraîne une sensation de gêne intense, des troubles digestifs, et que cette malade soit une véritable infirme.

L'opération eut lieu le 4 juillet 1911.

Ce ne fut pas une mince affaire que d'équilibrer, sur la table d'opérations, cette patiente dont le ventre débordait de chaque côté en deux masses fluentes. Après une toilette soigneuse mais difficile, narcose au chloroforme.

Comme les autres fois incisions curvilignes circonscrivant la hernie et une énorme bande de peau et de graisse, venant mourir en pointe à la limite des régions lombaires.

Dissection rapide en rasant les aponévroses abdominales.

La cure radicale présenta des difficultés excessives. Les anses grêles étaient amalgamées, agglomérées, réunies par de multiples brides fibreuses entre elles, au pourtour de l'anneau et à la paroi cutanéo-graisseuse. Il fallut sculpter tout ce paquet et ce fut un long et délicat travail.

L'intestin réduit, la brèche abdominale fut suturée en travers par un surjet au catgut.

Un autre, allant d'une extrémité de la plaie à l'autre, fut pratiqué au-dessus de celui-là, toujours en travers.

Suture de la peau au crin de Florence (plus de soixante points).

A chaque extrémité, un gros drain fut placé.

Le sort de cette malade ne manquait pas de nous inquiéter.

L'opération avait été très difficile, et la résection graisseuse considérable. Les poumons, emphysémateux, fonctionnaient mal, et le cœur était un peu fatigué. De fréquentes quintes de toux ébranlèrent la paroi, et firent craindre pour les sutures profondes.

Il se produisit un abondant écoulement de graisse liquide qui ajourna un peu la guérison.

Néanmoins celle-ci survint sans autres accidents et la malade s'en alla, parfaitement guérie, le 15 août.

Elle est actuellement dans une île des Antilles, et a donné tout dernièrement de ses nouvelles.

« Je suis, dit-elle, bien portante et frisant presque l'élégance. Enfin je suis contente. »

OBSERVATION IV

Hernie ombilicale. — Obésité considérable, et prolapsus de la paroi abdominale. — Énorme résection cutanéo-graisseuse et restauration de la paroi.

(Obs. de M. H. Morestin)

(Bulletin de la Soc. de Chir., 7 février 1912).

Il s'agit d'une femme de 51 ans, P... V..., ménagère, entrée dans mon service, à l'hôpital Tenon, le 30 novembre 1911. Cette femme, qui a toujours vécu d'une vie pénible, qui s'est beaucoup fatiguée, et qui a quatre enfants, présentait, outre une très volumineuse hernie ombilicale un prolapsus très accusé de la paroi abdominale. Son ventre littéralement lui tombait sur les cuisses, et la cicatrice ombilicale se trouvait à peu près à la hauteur de la vulve. La malade était fort gênée par cette difformité, et bien que sa hernie n'eût jamais présenté de phénomènes d'étranglement, elle venait spontanément demander à la chirurgie une amélioration de son état.

Je l'opérai le 9 décembre, après l'avoir préparée pendant quelques jours par le repos au lit, la diète et les purgations répétées, pour réduire le volume de la masse intestinale.

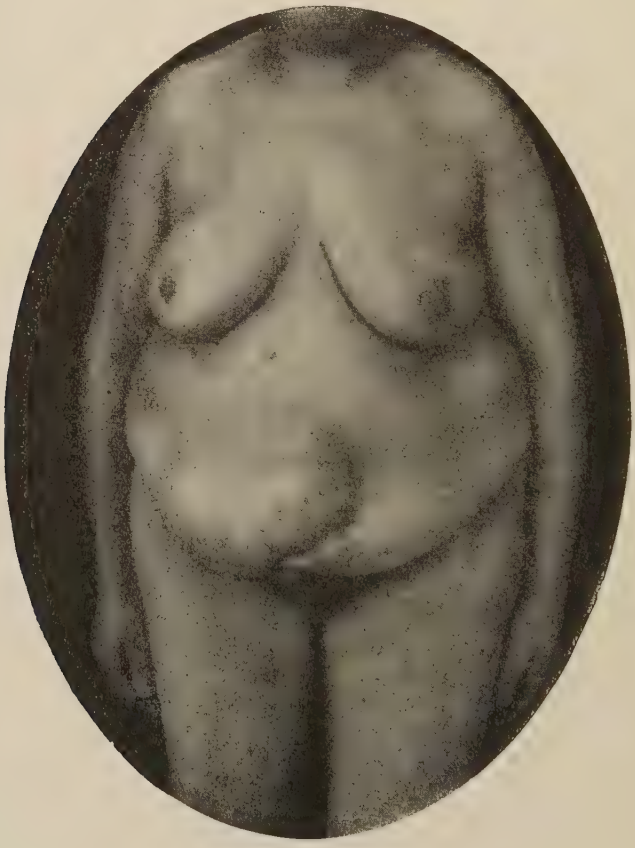
Je traçai d'une région lombaire à l'autre deux grandes incisions passant l'une au-dessus de l'ombilic, l'autre au voisinage du mont

Vénus, ces deux incisions se réunissant l'une à l'autre à leur extrémité lombaire. Elles avaient 90 centimètres d'étendue et délimi-

taient une bande de peau qui mesurait en hauteur 31 centimètres au niveau du plan médian.

Je traversai la graisse sous-cutanée, qui présentait environ quatre travers de doigt d'épaisseur, et mis à nu les aponévroses super-

ficielles, jusqu'au voisinage de l'orifice herniaire. J'ouvris ensuite le sac qui contenait le grand épiploon, le côlon transverse et de l'intestin grêle.



Je conservai tous les tissus aponévrotiques qui doublaient en partie le sac, car il s'agissait d'une véritable éventration, et les utilisai pour la laparoplastie, les retournant vers l'abdomen et

les unissant dans cette situation inversée par une série de surjets transversaux.

Quand tout fut de niveau, je pratiquai encore un grand surjet

transversal sur les aponévroses, les fronçant, les réduisant, en faisant un large pli de tissu fibreux, de manière à constituer une sangle très résistante, et à diminuer en même temps dans le sens vertical l'ampleur de la paroi.

Au niveau de la ligne blanche, j'eus recours à une manœuvre

analogue. A l'aide d'un grand surjet, je la frongai de haut en bas depuis le pubis jusque dans la région épigastrique, ce qui transformait cette bande en une colonne et réduisait la paroi dans le sens transversal. J'avais ainsi créé une columnisation cruciale et toute la paroi était maintenant nettement et régulièrement tendue. De plus, là où la malade avait antérieurement une éventration, elle devait avoir maintenant une inventration, une saillie, intra-abdominale formée de tous les débris aponévrotiques massés en un paquet par les surjets successifs.

Ceci fait, il ne me resta plus qu'à mobiliser un peu la peau, en décollant la lèvre supérieure de la plaie et à réunir celle-ci, ce qui nécessita environ soixante points de suture. Aux deux extrémités, deux drains durent être laissés en place pendant plusieurs jours à cause d'un suintement séro-sanguinolent, mêlé de gouttes huileuses, qui se prolongea assez longtemps.

Les orifices de drainage ne se fermèrent tout à fait qu'au bout de trois semaines environ. Les fils furent retirés au dixième jour.

A ce moment, la réunion était complète sauf, nous l'avons dit, aux deux extrémités.

J'ai laissé la malade au lit pendant un mois, pour éviter tout effort à la paroi restaurée. Actuellement, elle a repris son existence habituelle, qui est très laborieuse. Elle n'est aucunement gênée dans les mouvements et dans les efforts. Bien au contraire, elle se sent soutenue et plus à l'aise. L'aspect du ventre est satisfaisant. Sans doute la pauvre femme n'est pas devenue une sylphide, mais elle est néanmoins enchantée de cette sorte de métamorphose.

OBSERVATION V

Volumineuse hernie ombilicale chez une vieille femme. — Lipectomie.

(Obs. de M. H. Morestin.)

L.-M. W..., âgée de 64 ans, entre, le 4 janvier 1911, à l'hôpital Tenon, salle Richard Wallace, lit nº 18, dans le service de M. Morestin.

Elle est sourde et son interrogatoire est pénible et peu fructueux. Elle peut nous fournir néanmoins les quelques renseignements suivants :

Elle a eu six enfants, accouchés normalement. A part une bronchite tenace qui revient chaque hiver depuis plusieurs années, elle n'a jamais eu d'autre maladie que sa hernie.

Celle-ci est apparue vers l'âge de 54 ans ; débutant par des douleurs dans la région ombilicale, s'irradiant à toute la partie supérieure de l'abdomen.

La tumeur, progressivement développée atteint aujourd'hui le volume du poing. Réductible dans le décubitus dorsal, elle l'est difficilement dans la station debout, surtout depuis quelque temps. De même les selles sont plus difficiles et elle a eu plusieurs fois des vomissements alimentaires et même bilieux.

Accompagnant cette hernie devenue maintenant irréductible un ventre immense, flasque, extrêmement pendant et graisseux, retombe comme un épais et large tablier sur la racine des cuisses.

La malade tousse depuis qu'elle est au lit, ce qui fait ajourner l'opération.

Elle présente dans les deux poumons des râles disséminés, et dans l'aisselle gauche, un foyer de sous-crépitants fins.

Le cœur est bon et les urines sont exemptes d'albumine.

L'état des poumons s'étant amélioré, l'opération a lieu le 28 janvier.

Un de ses temps essentiels est une résection extrêmement large de la peau et de la graisse sous-cutanée.

On enlève, en effet, une bande transversale de 12 centimètres environ de hauteur, comprenant presque la totalité des téguments de la portion sous-ombilicale de la paroi, tranche qui va en s'effilant à droite et à gauche pour finir en pointe de chaque côté au seuil de la région lombaire.

Le sac herniaire et la bordure de l'anneau aponévrotique qui circonscrit son pédicule sont réséqués.

Le sac mince contient une grande quantité d'épiploon adhérent au sac et à la moitié droite du contour de l'anneau.

Sur cet anneau, deux plans de suture transversal sont appliqués Sur l'aponévrose sous-ombilicale, entre l'ombilic et le pubis, on exécute un plan de suture également transversal.

Enfin on procède à la réunion de la peau toujours transversalement.

La réunion de la plaie est facile sans qu'il soit effectué de décollement.

Pour la faire, il faut 40 à 50 crins de Florence. Deux drains sont laissés aux extrémités. L'opération duré trois quarts d'heure et a été bien supportée.

Le 29 janvier, c'est-à-dire vingt-quatre heures après l'opération, l'état de l'opérée paraît très satisfaisant.

Le suintement est assez abondant ; aussi les drains sont laissés en place et simplement raccourcis.

Le pouls est régulier à 108. Le faciès est bon. Bref, les choses s'annoncent bien.

Le 29 au soir et le 30 au matin, la température monte à 38. Le pouls est toujours à 108. Mais le 31, ce léger mouvement fébrile cesse. Les drains sont enlevés. Les suites sont de plus en plus satisfaisantes.

Les fils sont enlevés en temps voulu et le 17 février la malade peut se lever.

Elle est sortie guérie de l'hôpital, le 20 février 1911.

OBSERVATION VI

Hernie ombilicale avec prolapsus abdominal et obésité énorme. — Large résection transversale de la peau et de la graisse sous-cutanée. — Cure de la hernie et restauration de la paroi abdominale.

(Obs. de M. H. Morestin.)

Mme Eugénie L..., âgée de 51 ans, est entrée à l'hôpital Tenon, dans mon service, le 19 février. Elle portait depuis dix ans une hernie ombilicale qui n'avait cessé de croître et qui à plusieurs reprises avait présenté des phénomènes d'étranglement.

Au niveau de cette hernie, la peau s'était ulcérée à un certain moment et cette ulcération avait même été le point de départ de sérieuses hémorragies. Au cours de ces dernières années, cette femme était devenue énormément obèse, et le ventre, de plus et plus pendant, tombait au-devant des cuisses et de la vulve. Cette pauvre femme était, on le pense, considérablement gênée et par sa hernie irréductible sans cesse croissante, et par son fardeau graisseux et par le prolapsus de son abdomen. Elle ne pouvait presque plus marcher; emphysémateuse, atteinte de fréquentes bronchites, son existence était devenue presque intolérable.

Une crise d'étranglement l'amena à l'hôpital, où peu s'en fau qu'elle ne fût opérée d'urgence, aussitôt son arrivée. Mais les phénomènes alarmants se calment et l'on croit pouvoir différer l'intervention.

Il ne me paraît pas prudent néanmoins de la remettre beaucoup et j'opère la malade le 21 février.

Je trace deux incisions transversales allant d'une région lombaire à l'autre, deux incisions ayant environ un mètre de long tant l'abdomen est volumineux, deux incisions se réunissant par leur extrémités postérieures, passant l'une au-dessus de l'ombilic,

l'autre au-dessus du mont de Vénus, dans le sillon sus-pubien, et délimitant une bande de peau offrant une hauteur de plus de

30 centimètres sur la ligne médiane. Je traverse une couche de graisse de cinq travers de doigts d'épaisseur, et mets à nu le

plan aponévrotique. Je procède à la cure, assez délicate, de la hernie, où il y a, comme on pouvait s'y attendre, des adhé-

rences de l'épiploon et il faut réséquer cet épiploon. Je referme la plaie ombilicale par un double surjet transversal.

Je fronce les aponévroses du grand oblique à droite et à gauche, ainsi que la ligne blanche et, après avoir décollé la lèvre supérieure

de la plaie pour l'abaisser jusqu'au contact du bord inférieur de la perte de substance, je termine par l'application d'une soixantaine

de sutures qui assurent l'affrontement. Deux drains sont laissés l'un à droite, l'autre à gauche. Durée de l'opération : une heure.

Les suites sont excellentes. A aucun moment la malade ne nous donne d'inquiétude.

La réunion s'effectue primitivement, mais néanmoins une petite escarre se produit sur la lèvre supérieure de la plaie, à droite du pubis; elle ne dépasse pas les dimensions d'une pièce de deux francs. Elle s'élimine rapidement, et la plaie se sépare très simplement sans que la malade soit obligée de garder le lit.

Notre opérée sort guérie le 6 avril. Sa photographie, prise à ce moment, montre encore la tache iodée qui constitue son dernier pansement.

Notre opérée est maintenant tout à fait bien remise. Elle a repris une existence active, ne souffre plus et se sent très ingambe.

Son ventre est presque plat par comparaison avec l'état ancien. La paroi est ferme et résistante.

Un tel résultat est remarquable et plaide en faveur de l'intervention élargie, que je crois applicable à beaucoup de hernies de l'ombilic, s'accompagnant de prolapsus graisseux pariétal.

OBSERVATION VII

HERNIE OMBILICALE. — ÉVISCÉRATION. — CURE RADICALE. — LIPECTOMIE.

(Obs. de H. Morestin.)

C. B..., âgé de 50 ans, exerçant la profession de colleur d'affiches et de distributeur de papiers électoraux, extrêmement obèse et profondément alcoolique, porteur depuis de longues années d'une hernie ombilicale volumineuse, dont il était fort incommodé, mais que plusieurs chirurgiens avaient refusé d'opérer à cause du mauvais état de ses poumons, est admis, le 25 avril 1910, dans le service de M. Morestin à l'hôpital Tenon, salle Lisfranc, n° 1, en proie aux accidents les plus graves, douleurs vives s'irradiant dans tout l'abdomen, vomissements répétés, bilieux puis fécaloïdes, suppression complète des matières et des gaz. L'étran-

glement datait de quarante-huit heures. Le malade respirait très péniblement, expulsant des crachats muco-purulents. Le facies était très altéré et pour tout dire le pronostic s'annonçait très défavorable.

Il s'agissait d'une « hernie de retour », récidive d'une hernie de l'enfance. dont la cicatrice ombilicale distendue formait le revêtement. Elle se présentait comme une masse, régulièrement arrondie, violacée, entourée d'un énorme bourrelet formé par la paroi abdominale chargée de graisse, bourrelet dont la séparait une rigole profonde et circulaire.

Le malade fut opéré sur-le-champ.

L'anesthésie fut abominable et si mal supportée, si inquiétante, qu'il fallut y renoncer. A chaque instant, l'opéré semblait devoir succomber à l'asphyxie.

M. Morestin appliqua le procédé transversal en y ajoutant l'ablation d'une assez vaste tranche de téguments et de graisse, ce qui eut été nécessaire rien que pour la commodité de l'opération. Le pannicule adipeux, ayant autour de l'ombilic une épaisseur de huit centimètres, il fallait assurément se donner beaucoup de jour pour exécuter convenablement la kélotomie. Grâce à la résection large des plans superficiels, il fut, sans trop de peine, possible d'atteindre l'anneau, d'inciser tout autour de lui la paroi musculo-aponévrotique et le péritoine, puis, après extériorisation de la masse herniaire, d'ouvrir le sac de son collet vers le fond. Le sac contenait l'épiploon et une grande anse d'intestin grêle, toute noire déjà, mais viable et susceptible d'être réintégrée. Elle fut donc réduite et l'épiploon réséqué. Le péritoine et la brèche musculo-aponévrotique furent refermés. Enfin la paroi fut suturée et un drain laissé à chaque bout de la plaie.

Le surlendemain, 27 *avril*, l'opéré va bien. Il a été à la selle. Le ventre est indolent. Il est calme, dort, et a pu s'alimenter légèrement. Il paraîtrait hors de danger s'il ne toussait beaucoup et ne crachait abondamment.

Mais le 1er *mai*, il faut désunir la plaie cutanée. Les sutures profondes ont cédé pendant les quintes de toux et une grosse masse d'intestin s'est infiltrée dans l'épaisseur de la paroi graisseuse.

Elle n'est pas réductible. En plusieurs endroits se montrent des fausses membranes verdâtres, adhérentes. L'état du malade ne permet absolument pas l'anesthésie. D'ailleurs il ne présente pas de signes d'étranglement. On se décide à laisser exposé ce paquet intestinal.

Le 6 mai, l'état s'améliore, le malade tousse moins, les fonctions intestinales sont parfaites.

Les jours suivants, ce mieux ne fait que s'accentuer et le 20 juin la cicatrisation est terminée.

Le 17 juin 1910, nouvelle intervention. A ce moment la plaie s'est complètement cicatrisée; mais l'intestin reste inclus dans l'épaisseur de la paroi.

Le sujet ne tousse plus du tout. Il a bonne mine. Sous l'influence d'un régime assez sévère: lait, purgatifs répétés, il a notablement maigri et se trouve actuellement dans de meilleures conditions.

On pratique de longues incisions de 35 centimètres environ, délimitant une vaste ellipse à grand axe transversal, et permettant l'ablation d'une tranche considérable de peau et de tissu graisseux.

Une sorte de sac s'est constitué au milieu de la graisse, mais plusieurs anses adhèrent à cette paroi improvisée et surtout à la cicatrice superficielle. Il faut sculpter les anses et même, pour les plus adhérentes, laisser à leur surface des plaques, des médaillons de tissu cellulo-adipeux ou fibreux. Sur une anse, dont la libération est particulièrement difficile, les tuniques superficielles sont déchirées. Il faut faire un stoppage à l'aide d'un surjet au catgut.

La masse intestinale réintégrée dans l'abdomen, les bords de l'anneau ont suturés en travers, après avoir réséqué les derniers débris du pseudo-sac.

On exécute deux plans de suture, le second enfouissant le premier.

Les ligatures sont nombreuses. Enfin a lieu la suture cutanée, ce dernier temps étant beaucoup plus délicat qu'on ne pourra le croire à mener correctement, à cause de l'énorme épaisseur du

panicule adipeux. Deux drains sont placés latéralement.

Le lendemain, le malade va très bien. Il n'a pas vomi, ne souffre pas et n'a point toussé. Il est calme: le pouls est bon et la température normale.

Le 30 juin, les drains sont enlevés. La plaie présente un excellent aspect et les suites s'annoncent très simples.

Le 1er juillet, la situation est encore plus rassurante. Après une dose de calomel, le sujet a eu une selle abondante et facile. Localement, tout est parfait.

Le 7, on procède à l'ablation des fils, et le 14, l'opéré, complètement rétabli, peut se lever.

Il est sorti guéri le 19 juillet.

Dans une lettre datée du 6 février 1911. il nous annonce qu'il travaille à Marly-la-Ville, et qu'il est enchanté de son sort.

OBSERVATION VIII

WEINHOLD. — Communication à la société de gynécologie de Breslau.

(*Zentralb. f. Gyn.*, 1909, n° 38.)

Voilà un cas opéré il y a six mois. C'est une malade de 50 ans, femme de taille moyenne mais pesant plus de deux quintaux. Le ventre lourd et puissant est excessivement prolabé. Dans la station debout, il descend jusqu'aux deux tiers de la cuisse. La position assise est difficile. Il lui faut un siège où elle soit presque debout. Toute occupation manuelle lui est interdite. Elle ne peut pourvoir aux soins de la partie inférieure du corps.

Avant l'opération, pour se laver ou se vêtir, il lui fallait l'aide de deux personnes.

Elle vint consulter pour se faire opérer, par suite de la crainte que lui causait une grosseur du volume du poing, qui s'était montrée dans la paroi abdominale au niveau de l'ombilic.

Elle approuva avec joie mon projet de la débarrasser à la fois de sa tumeur et de remédier à son ventre effrayant.

Sous le sternum, je commençai deux incisions obliques descendant vers le bas, figurant un ovale, assez longues pour que la suture qui en résulterait vint finir à un travers de main de la symphyse. A leur terminaison, je me dirigeai en un angle légèrement obtus en dehors jusqu'aux flancs, au delà des bourrelets graisseux difformes. Le ventre est alors relevé en haut par un aide, et les deux extrémités de l'incision des flancs sont réunies par une ligne transversale à quatre doigts au-dessus du pubis. On enlève toute la partie circonscrite par les incisions peau et graisse. Il y en avait onze livres et demie.

On réunit les aponévroses, la graisse, la peau par des sutures étagées. Pour l'aponévrose, on plaça trente points à la soie, et soixante pour la peau. La cicatrice transvesale, mesurait 68 centimètres. La plaie perpendiculaire 20 centimètres. Pour plus de sûreté, je plaçai de larges plaques de plomb reliées par un solide fil d'argent accrochant la peau pour détendre la cicatrice.

La cicatrisation eut lieu par première intention. Le résultat plastique est parfait. La malade, depuis quinze ans, ne s'est pas sentie si légère.

OBSERVATION IX

De M. A. Desjardins.

Société des chirurgiens de Paris, séance du 26 mai 1911.

Il s'agit d'un homme, Auguste S..., âgé de 47 ans, cocher de fiacre. Aucun antécédent héréditaire, aucun antécédent personnel si ce n'est une fièvre typhoïde dans l'enfance et des crises de rhumatisme depuis l'âge de 25 ans. C'est vers l'âge de 28 ans que

le malade s'est aperçu qu'il engraissait immodérément. Il exerçait alors la profession de cocher. Il avait toujours été d'une forte constitution puisque à l'âge de 24 ans, il pesait 92 kilogrammes. C'est donc à partir de 20 ans que la polysarcie s'accrut dans des proportions énormes, et telles qu'à l'âge de 33 ans, le malade pesait 169 kilos, soit une augmentation de 77 kilogrammes en cinq ou six ans. Deux ans après, à l'occasion d'une sévère crise de rhumatismes, le malade fut mis au régime lacté absolu pendant quatre mois; il fut convalescent pendant trois ou quatre mois, si bien qu'au bout d'un an il ne pesait plus que 129 kilogrammes, soit 40 kilogrammes d'amaigrissement.

Il reprit sa vie habituelle et engraissa de nouveau progressivement pendant les années suivantes, et en dix ans il remonta au poids formidable de 189 kilogrammes. Des ulcères de jambes survinrent pour le traitement desquels il se fit hospitaliser à l'hôpital Rothschild en 1910. Comme il avait de l'albumine, le docteur Kahn le met au régime lacté et au bleu de méthylène. Ses ulcères se cicatrisent, son albumine descend, mais sans disparaître complètement. On le met au régime de Guelpa, et au bout de trois mois de traitement il était descendu à 156 kilogrammes, mais le régime de Guelpa lui était devenu intolérable, et son obésité était encore telle qu'il ne pouvait marcher ni se livrer au moindre travail.

A la suite de son amaigrissement rapide, le ventre devenu flasque tombe sur la face antérieure des cuisses jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du genou.

Décidé à se faire opérer, il accepte, sur le conseil du docteur L. Kahn, de venir à la Polyclinique Rothschild, où il entre le 28 janvier 1911.

Il pesait 156 kilogrammes à son entrée, que sa circonférence au niveau de l'ombilic était de 1 m. 98.

Opération le 3 février. — Le malade, préparé de la veille, est amené éveillé dans la salle d'opération — ce qui est contraire à la règle absolue — il se place sur la table qui à deux reprises fléchit sous son poids et qu'on est obligé de caler. Chloroforme, teinture d'iode sur tout l'abdomen. Sitôt qu'il dort, je saisis son abdomen

avec trois grandes pinces à griffes qui sont accrochées dans la poulie de Reverdin et j'arrive ainsi à soulever et à tendre son abdomen. Je fais alors une vaste incision losangique dont l'extrémité supérieure part de l'appendice xyphoïde dont les extrémités latérales vont jusque sur une légère perpendiculaire élevée sur les épines iliaques, et l'extrémité inférieure s'arrête à la symphyse pubienne. J'ai ainsi une incision qui a 90 centimètres de long sur 60 de large. Très vite et très facilement, je libère tout le tour de cette vaste incision jusqu'à l'aponévrose, que je dissèque sur sa face antérieure sur toute la périphérie de l'incision en me rapprochant, symétriquement, de tous les côtés de l'ombilic. Bientôt le lambeau enlevé ne tient plus que par le pédicule ombilical, qui contient une volumineuse épiplocèle noyée dans la graisse. Abandonnant alors la dissection de la face antérieure de l'aponévrose, j'incise la paroi dans toute son épaisseur sur le côté gauche et de dedans en dehors, suivant le procédé de Condamin; j'attire l'épiploon hernié. Alors, en quelques coups de bistouri, je libère le lambeau de paroi, et je l'enlève grâce à la poulie de Reverdin. Hémostase facile avec une douzaine de ligatures à la soie fine. Résection de l'épiploon hernié, fermeture de l'anneau ombilical. Durée de l'opération : quatorze minutes.

Puis il faut maintenant suturer la peau. Je rapproche deux à deux les côtés de mon losange, avec de solide fil d'argent, et j'ai ainsi une cicatrice cruciale; on complète avec des fils de soie et cette suture demande beaucoup de temps, étant donné le grand nombre de points nécessaires. Durée totale de l'opération : cinquante minutes. Pas de drain. Chloroforme au Roth Draeger 70 centimètres cubes. Poids total enlevé, paroi et épiploon : 22 kil. 400.

Les suites furent normales; température ne dépassant pas 37°,4 rectale; le pouls fut pendant trois ou quatre jours rapide 100 à 115 avec quelques intermittences.

Sachant que le malade avait toujours un peu d'albumine, je laisse les fils onze jours, et, malgré cela, après leur ablation, il y eut une désunion sur une dizaine de centimètres, les lèvres de la plaie étant atones et livides. On fait le pansement tous les deux jours et peu à peu la cicatrisation fut complète.

Aujourd'hui il marche facilement et éprouve une très grande amélioration ; il va pouvoir reprendre sa vie normale. Le 15 mars, il pèse 118 kilogrammes, il a donc maigri indépendamment de la masse enlevée.

OBSERVATION X

Résection d'une paroi abdominale graisseuse combinée a une opération de cure radicale de hernie ombilicale, par James B. Bullitt (de Louisville).

(*Annals of Surgery*, novembre 1900.)

La malade est une femme de 38 ans, mariée, mère de deux enfants nés respectivement dans sa 32e et sa 34e année. Elle a toujours été très grasse ; à 17 ans, elle pesait 246 livres. A 20 ans, 260 livres, le plus qu'elle ait jamais pesé. Son poids actuel est de 240 livres. Même à l'époque où elle était si grasse, son abdomen fut toujours plat. Depuis un an seulement, il a commencé à grossir et augmente graduellement.

La respiration est courte, et de violentes douleurs dans le ventre sont survenues.

Au mois de septembre dernier, la malade est tombée d'un wagon, et depuis cette époque il se fait à l'ombilic un léger suintement.

Les fonctions digestives sont régulières.

Examen. — L'abdomen, pendant, tombe sur les cuisses en un repli. Dans le décubitus dorsal, il descend au niveau du périnée, et deux pouces plus bas, dans la station debout. Dans cette position, la poche herniaire mesure 34 pouces de circonférence, 20 pouces d'un côté à l'autre, et 17 pouces de haut en bas.

La percussion montre l'intestin sous la peau. La toux fait sentir une vive impulsion du contenu de la poche.

La malade a pu observer que la tumeur est plus volumineuse à certains moments.

On fit le diagnostic de hernie ombilicale, compliquée de « pendulous abdomen ». Le contenu du sac pouvait être partiellement réduit.

En raison de la gêne extrême que ressentait la patiente, elle se détermina à laisser tenter une opération de cure radicale en même temps que la résection de cette paroi abdominale pendante.

L'opération fut pratiquée le 7 février 1900, à la Clinique de « Louisville Medical Collège », avec l'assistance du docteur A. M. Cartleldge.

Une incision horizontale de six pouces de long fut faite deux pouces au-dessus de l'ombilic. Le sac herniaire était adhérent à la peau, recouvert par une mince couche de graisse. Il fut promptement séparé des tissus environnants jusqu'à son collet. Il fut alors ouvert, exposant l'anneau herniaire. Celui-ci avait deux pouces de diamètre, exactement sur la ligne médiane. Ses bords étaient vivement marqués par un épais cercle fibreux qui occupait la position habituelle à la partie supérieure de l'ombilic.

Le sac contenait une partie du côlon transverse, et l'épiploon. Ce dernier seul était légèrement adhérent. Mais ne se trouvant ni en grande quantité, ni graisseux, on ne le réséqua point. L'intestin fut réduit, le sac réséqué, et l'orifice ombilical fermé par une demi-douzaine de gros catguts.

La paroi abdominale possédait une couche de graisse de trois ou quatre pouces d'épaisseur.

L'incision horizontale qui avait été faite tout d'abord fut prolongée dans deux directions vers les deux flancs. Une deuxième, transversale, fut menée environ sept pouces au-dessous de la première et en en rejoignant les deux extrémités dans les flancs.

Ces deux incisions s'étendaient à travers la graisse jusqu'à l'aponévrose. La portion de paroi abdominale comprise entre elles, et représentant plusieurs livres de peau et de graisse fut disséquée et enlevée. Un surjet au catgut rapprocha les parties profondes des deux bords cruentés.

Au-dessus on plaça quelques points séparés. Finalement la

peau fut cousue à la soie, chaque fil étant placé à intervalles de plusieurs pouces, et enfin une dernier surjet au catgut ferma complètement la plaie.

Après la suture, l'incision mesurait 22 pouces de longueur d'un flanc à l'autre. L'abdomen pendant n'existait plus.

14 *février*. — Premier pansement. Réunion par première intention.

La première nuit qui suivit l'opération, la malade eut de violentes douleurs dans le dos. Sauf cela, aucun ennui réel ne survint.

5 *mars* 1901. — Présentation à la société de chirurgie de Louisville.

L'abdomen, quoique considérablement réduit, était encore quelque peu « pendulous ». Il me semble que ce fut une faute de n'avoir point réséqué plus largement. La hernie à ce moment ne donnait aucun indice de récidive. Mais naturellement le temps est trop court pour préjuger du succès de l'opération.

OBSERVATION XI

(Shallenberger W. F., *Bullelin of the John Hopkins Hospital*, t. XXII, n° 249, nov. 1911.)

I

Mrs. S..., 39 ans, fut envoyé à l'hôpital par son médecin, au mois de mars 1910, pour des accidents d'appendicite chronique, dont elle souffrait depuis plusieurs années et qui s'étaient aggravés. Elle avait une douleur plus ou moins constante dans le quart inférieur droit de l'abdomen, qui parfois était tout à fait aiguë.

Elle avait aussi des nausées, des vomissements et de la constipation.

Aucun trouble urinaire ou hépatique. Pas d'histoire menstruelle. La malade avait eu plusieurs enfants. La douleur du dos

était le seul symptôme qui aurait fait penser à des troubles pelviens.

Il y a huit ans, la malade eut une fièvre typhoïde, après quoi elle commença à grossir. Auparavant la taille était normale.

Examen. — Malade très grasse.

Poids : 227 livres.

Hauteur moyenne.

Les contours sont normaux, sauf l'abdomen qui est très pendant, avec un éperon qui s'avance au-dessus de la symphyse dans la station debout. La graisse forme une large pli transversal à la partie inférieure de l'abdomen, s'amoncelant surtout au-dessous de l'ombilic, empêchant le port d'une ceinture.

Au-dessous de la couche graisseuse, les parois abdominales étaient solides.

Dans le côté droit, sensibilité de la régon appendiculaire avec légère rigidité musculaire.

Température normale.

Organes pelviens normaux, sauf une légère lacération du col utérin et un périnée modérément relâché. La douleur de reins était due, je pense, à l'abdomen pendant.

La malade fut tout à fait enthousiasmée à l'idée de se voir enlever une masse de graisse, et très désireuse de voir pratiquer l'opération.

Opération. — Une double incision fut tracée d'un flanc à l'autre, au-dessous de l'ombilic, embrassant une ellipse de peau de 45 centimètres de long et de 15 centimètres dans sa plus grande largeur, jusqu'aux aponévroses.

La masse de peau et de graisse enlevée pesait sept livres. Après une hémostase soignée, les parois graisseuses furent approchées au catgut, la peau ensuite par trois fils d'argent, et la suture complétée par des points à la soie.

Quatre drains, un à chaque extrémité, et deux au milieu. Ces drains furent enlevés le troisième jour.

Avant la fermeture, ouverture de la cavité péritonéale sur le côté droit par l'incision de Mac Burney à travers les muscles et les aponévroses, et ablation de l'appendice gros, infecté et adhérent.

L'incision, qui avait 18 pouces de long, se cicatrisa a merveille et la malade eut une rapide convalescence.

Elle fut grandement soulagée non seulement de ses douleurs appendiculaires mais de sa rachialgie. Je l'ai vue souvent depuis. Elle est enchantée du résultat. Nous lui avons fait une ceinture abdominale qui lui va parfaitement maintenant.

OBSERVATION XII

(Schallenberger W. F., *Bulletin of the John Hopkins Hospital* t. XXII, nº 249, nov. 1911.)

II

Mme P..., une malade de Kelly, vint à l'hôpital en décembre 1910. Elle avait une éventration post-opératoire qui s'était produite à travers une ancienne incision médiane. On avait en effet pratiqué une hystérectomie plusieurs années auparavant et la malade avait eu une péritonite. Outre cette hernie, des adhérences intestinales étaient la cause de violentes douleurs abdominales.

La paroi présentait une accumulation considérable de graisse.

Opération. — Une double incision transverasle fut pratiquée d'un flanc à l'autre.

Le lambeau ainsi délimité mesurait 38 centimètres de long.

12 centimètres de large en son milieu.

On procéda à l'ablation de la masse graisseuse.

La cavité abdominale ouverte, ou libéra les adhérences, et fit la cure radicale.

La graisse et la peau furent amenées au contact comme dans le premier cas; suture de la peau à la soie seulement.

Drains aux angles.

La convalescence fut rapide et la malade laissa l'hôpital incomparablement améliorée.

OBSERVATION XIII

Thèse Gaulhier, 1894-95

L. E..., 43 ans, marchand forain.

Cet homme entre à l'hôpital international, dans le service de M. le Dr Péan, le 12 février 1895, à cause de la gêne croissante que lui occasionnent son adipose d'une part, et d'autre part une hernie ombilicale, qu'il porte depuis cinq ans, et qui depuis un an a notablement augmenté de volume. Dans la famille de ce malade, on trouve de nombreux cas d'obésité. Son père « pesait 237 livres au moment de son tirage au sort ». Il a une sœur qui pèse actuellement 230 livres, un frère jumeau qui atteint le poids de 260 livres. Lui-même, à l'âge de 21 ans, pesait 247 livres. Au moment de son entrée à l'hôpital, son poids s'élève à 245 livres.

Lorsqu'on examine l'abdomen de ce malade, on constate que le tissu cellulaire sous-cutané de toute cette région est infiltré de graisse dans des proportions considérables : à la partie inférieure, on remarque un repli volumineux descendant jusque sur la partie supérieure du scrotum et donnant au ventre l'aspect d'une sorte de besace.

Au niveau de l'ombilic, il existe une hernie du volume du poing, qui semble n'être constituée que par de l'épiploon. La peau qui recouvre cette tumeur est rouge et violacée. Par places, elle est tellement amincie qu'une menace de perforation est à craindre. Les manœuvres de réduction donnent un résultat négatif et lorsqu'on essaye de mobiliser la tumeur en masse, on remarque que sa base est fixée sur les parties profondes. On porte alors le diagnostic d'épiplocèle ombilicale adhésive et on décide de faire une double intervention : débarrasser le malade de sa hernie ombilicale et de la surcharge graisseuse de sa paroi abdominale. Le malade présente en outre une pointe de hernie inguinale.

L'opération est pratiquée le 27 février 1895, par M. le Dr Delau-

nay, chef de clinique de M. le Dr Péan, à l'hôpital international.

Hernie ombilicale. — On circonscrit par deux longues incisions curvilignes la tumeur ombilicale de façon à arriver directement sur l'aponévrose; ceci permet d'aborder la hernie par sa périphérie et d'arriver ainsi petit à petit, en détachant les adhérences, jusqu'au niveau de l'anneau ombilical.

Il est alors facile de constater que la portion d'épiploon engagée est relativement petite et que la hernie ne contient pas d'intestin. On détache ces adhérences, on fait une ligature en chaîne sur le pédicule qui est sectionné, et rentré dans l'abdomen. La masse épiploïque et la peau adhérente qui ont été enlevées pesaient 200 grammes.

M. le Dr Delaunay a trouvé préférable de circonscrire la tumeur plutôt que de l'aborder directement par une incision médiane au niveau de l'ombilic pour se débarrasser des difficultés que lui auraient présentées cette énorme masse épiploïque un milieu de laquelle il aurait été obligé d'opérer laborieusement pour arriver à l'isoler. Il n'a eu en effet qu'à détacher les adhérences profondes, pour arriver rapidement et sûrement au pédicule sans avoir à craindre de blesser l'intestin. Le pourtour de l'anneau a été excisé et une suture à trois étages en surjet, au catgut, a été pratiquée comme l'a indiqué M. L. Championnière au Congrès de Chirurgie de Lyon.

Surcharge graisseuse. — M. le Dr Delaunay a pensé qu'il était utile pour compléter son intervention de débarrasser le malade du volumineux tablier graisseux qui constituait pour lui une véritable infirmité, et voici comment il a procédé :

Il prolongea la première incision jusqu'au niveau du pubis. Sur la ligne médiane et à environ quatre travers de doigt, il traça deux autres incisions verticales, allant de 2 centimètres environ au-dessus de l'ombilic jusqu'à l'arcade de Fallope. Ces incisions comprenaient la peau et le tissu cellulaire, jusqu'à l'aponévrose. La partie profonde de ces deux grands lambeaux a été ensuite soigneusement disséquée en rasant l'aponévrose, donnant ainsi aux lambeaux enlevés, l'apparence de deux énormes aiguillettes.

Au niveau de l'hypogastre, il a tracé une seconde incision curvi-

ligne allant d'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre. A partir de l'extrémité de cette incision, il en traça de chaque côté une seconde venant aboutir à la solution de continuité médiane.

Il avait ainsi circonscrit deux lambeaux triangulaires latéraux qui ont aussi été enlevés; tout le pourtour de cette vaste plaie a été autant que possible évidé de sa graisse de façon à permettre la mobilisation des lambeaux. Deux surjets au catgut, l'un vertical, l'autre transversal, en ont réuni les bords. Deux fils de soie pour l'incision verticale, et deux autres pour l'incision transversale ont servi de points de soutien.

La quantité de peau et de tissu adipeux enlevés, atteignait un poids de 3 kil. 700 grammes.

On plaça deux drains dirigés obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, et sortant par les deux angles extrêmes de l'incision transversale.

L'intervention totale durant depuis trois quarts d'heure, on trouva plus avantageux de remettre à plus tard l'opération de la hernie inguinale. Pendant toute la durée de l'opération, l'hémostase a été assurée par des pinces hémostatiques. Quelques ligatures seulement furent posées. Pour la plus grande partie des vaisseaux, le pincement temporaire pendant la durée de l'opération avait suffi pour faire l'hémostase.

Peut-être aurait-on dû tenir un plus grand compte de l'alcoolisme du sujet et de l'artério-sclérose de ses vaisseaux, et placer un plus grand nombre de ligatures, ce qui aurait probablement permis d'éviter l'hémorragie secondaire qui s'est produite pendant la nuit, hémorragie dont on a pu d'ailleurs facilement avoir raison. C'est probablement à cet accident que l'on doit attribuer le retard de la guérison de l'opéré, dont la plaie ne put pas se réunir par première intention: De plus, ce malade était un alcoolique avéré qui fut pris dans les jours qui suivirent l'opération d'une violente attaque de délire au cours de laquelle il se leva et arracha son pansement.

Vers le cinquième jour, on constata de la suppuration. On supprima les points de soutien à la soie et on fit chaque jour de grands lavages et des pansements humides. Les lambeaux s'écartèrent.

La plaie se mit à bourgeonner et l'on dut faire à deux reprises de larges greffes d'Ollier-Thiersh pour hâter la guérison.

OBSERVATION XIV

(*Obs. de Th. Gauthier*, Paris 94-95.)
Communiquée par A. E. Rockey de Portand (Oregon).

Homme âgé de 38 ans et pesant 330 livres anglaises (150 k.).

Il était atteint d'une adipose généralisée considérable.

Le tissu graisseux s'était surtout accumulé au niveau de l'abdomen et formait là un énorme pli, qui retombait jusqu'au milieu des cuisses et avait fini par constituer pour le patient une véritable infirmité.

De plus, ce malade présentait une vaste hernie ombilicale dont M. le Dr Rockey fit la cure radicale, en même temps qu'il pratiqua l'excision du tablier adipeux. Cette hernie ombilicale contenait, avec une masse volumineuse d'épiploon, une anse du côlon transverse. C'est par elle que M. Rockey commença l'opération. Après avoir réduit l'intestin et réséqué l'épiploon, sur lequel il posa une forte ligature en chaîne, il aviva les bords de l'anneau et les réunit par un double surjet au catgut.

Puis il traça une incision joignant les deux épines iliaques antéro-supérieures et passant au-dessous du pli à réséquer. Cette incision traversa le tissu cellulo-adipeux dans toute son épaisseur et s'arrêta au voisinage de l'aponévrose. Deux autres incisions, partant des extrémités de la première, furent tracées obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, au-dessus du pli qu'il fallait circonscrire. Elles s'arrêtèrent l'une et l'autre à quatre ou cinq travers de doigt de la ligne médiane, et de l'extrémité interne de chacune d'elles, partit une nouvelle incision oblique elle aussi de bas en haut et de dehors en dedans, mais se rapprochant davantage de la verticale, tandis que les deux premières se rapprochaient de l'horizontale.

Ces deux dernières incisions venaient se réunir sur la ligne médiane à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ces cinq incisions dont l'ensemble formait une demi-étoile à quatre branches, présentaient une longueur totale de cinq pieds, neuf pouces (1m,80).

Cette large plaie fut réunie par première intention sans qu'on eût à signaler la moindre complication.

La masse de peau et de tissu cellulaire enlevée atteignait le poids énorme de 42 livres (19 kil).

Le malade une fois guéri de l'intervention chirurgicale fut soumis par M. le Dr Rockey à un traitement médical et hygiénique approprié dont il tira le plus grand bénéfice, puisque son poids était réduit, en décembre 1894, à 250 livres (115 kil. 500 gr.), au lieu de 330 (149 k.) qu'il pesait avant l'opération. Le traitement médical lui a donc fait perdre 38 livres (17 kil.) dans l'espace de un an. Cet amaigrissement lent et progressif est des plus favorables, aussi n'est-on pas surpris que le malade ne s'en trouve en aucune façon débilité, et que M. le Dr Rockay l'ait quitté dans un état de santé parfaite.

OBSERVATION XV

Ventre en besace, avec volumineuse hernie ombilicale. — Dégraissage de la paroi par incision transversale. — Cure radicale de la hernie. — Guérison.

Observation de M. Ch. Dujarier.
(*Bulletin de la Société de Chirurgie*, 15 mai 1912.)

B... Thérèse, 39 ans, présente un ventre en tablier avec,au centre, une volumineuse hernie ombilicale. Les dimensions de la hernie sont : sens transversal, 30 centimètres; sens vertical, 26 centimètres; sens antéro-postérieur, 11 centimètres. Opération le 21 janvier 1912 (à l'hôpital Boucicaut, service du Dr Demoulin),

sous anesthésie générale; désinfection de la peau à la teinture d'iode.

On trace deux grandes incisions courbes, transversales, qui circonscrivent la hernie et le tablier adipeux. La supérieure passe à quatre travers de doigt au-dessus de la hernie; l'inférieure passe dans le pli qui sépare le tablier de la peau sus-pubienne.

L'incision traverse la peau, le pannicule adipeux très épais et clivé en deux plans; on met à nu l'aponévrose.

Puis, les doigts recouverts d'une compresse, on détache la graisse de l'aponévrose en se dirigeant vers le collet herniaire.

Chemin faisant, on place des pinces sur les petits paquets vasculaires qui sortent de l'aponévrose pour aller aux téguments.

Le collet herniaire libéré sur toute sa circonférence, on incise circulairement l'aponévrose, et on repère les lèvres avec des pinces; puis le péritoine est ouvert; on réintégre dans l'abdomen le côlon transverse et quelques anses grêles, et on résèque une grosse masse épiploïque qui adhère au fond du sac. Les ligatures sont faites par petits paquets, liés séparément au catgut.

On extirpe alors d'un seul bloc : la peau, la graisse, le sac et son contenu épiploïque.

L'orifice herniaire présente une forme ovalaire, à grand axe transversal.

On ferme cet orifice par une suture transversale en un seul plan, prenant à la fois l'aponévrose et le péritoine. Cette suture est faite à points séparés.

Comme la paroi abdominale est flasque et peu tendue, ce qui est la règle dans ces cas, on enfouit la première suture, par un surjet transversal au catgut, en prenant l'aponévrose au-dessus et au-dessous de la ligne de suture primitive. Ce second plan enfouissant dépasse très largement de chaque côté la suture qui ferme l'anneau, si bien qu'au niveau de cette dernière, il ne s'exerce aucune traction.

On pratique ensuite une hémostase soignée de tous les petits vaisseaux perforants.

Pour réunir la peau, on place sept ou huit points profonds à la soie; afin de détruire tout espace mort, chacun de ces points em-

broche l'aponévrose. Des agrafes de Michel affrontent la peau dans l'intervalle des points profonds. Pas de drainage.Pansement aseptique.

La réunion se fait par première intention. On retire les agrafes le cinquième jour, les fils le dixième. La malade se lève le quinzième jour et quitte l'hôpital le vingtième.

CONCLUSIONS

1° Chez un grand nombre de sujets porteurs de hernie ombilicale, la paroi abdominale est affaiblie dans ses plans musculo-aponévrotiques et chargée d'une prodigieuse quantité de graisse; la paroi est effondrée et pendante au-devant des cuisses et de la vulve. Ce prolapsus graisseux, il est facile de s'en assurer, contrarie toute la statique abdominale et même celle du corps tout entier et gêne considérablement les malades.

2° La hernie n'est donc qu'un élément d'une difformité assez complexe et s'il reste, certes, le principal, il faut reconnaître que la suppression de cette hernie ne suffit pas à remplir toutes les indications.

3° A l'acte essentiel qu'est la cure radicale de la hernie, il convient, dans des circonstances relativement nombreuses, d'ajouter, d'une part, une série de manœuvres destinées à réduire la paroi musculo-aponévrotique, à augmenter sa résistance et à lui rendre une tension normale, d'autre part, une résection très étendue de la peau et du pannicule adipeux sous-cutané.

4° La résection cutanéo-graisseuse, pour être suffisante, doit être faite dans des proportions en apparence énormes, et l'on sacrifiera, sans hésiter, des bandes cutanéo-graisseuses offrant de 70 à 90 centimètres de longueur sur 20 à 25 de haut.

5° La façon la plus commode de fermer l'orifice ombilical est la suture transversale selon deux plans superposés.

6° La consolidation de la paroi musculo-aponévrotique

sera obtenue par la création de bandes de renforcement de colonnes, soit au niveau de la ligne blanche, soit latéralement en dehors des muscles droits. Ces columnisations médiane et latérales, seront obtenues par le plissement des aponévroses à l'aide de surjets au catgut enfouissant des bandes de tissu fibreux. Dans les cas d'éventration, au niveau de la ligne blanche, la colonne médiane pourra exiger plusieurs surjets superposés, dont chacun enfouit plus profondément les précédents.

7° Par ces manœuvres, on procède donc à une véritable restauration de la paroi, à une laparoplastie.

On serait autorisé à de telles interventions même en l'absence de toute hernie pour remédier au prolapsus de la paroi abdominale et à une excessive accumulation de graisse sous les téguments.

8° Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer *a priori*, ces interventions si larges, forcément longues et toujours assez complexes, se sont montrées jusqu'ici d'une bénignité remarquable.

9° Le bénéfice qu'en tirent ces malades est considérable, et l'on peut affirmer qu'il y a là un progrès réel et une application des plus heureuses de la *chirurgie réparatrice*.

Vu et Permis d'imprimer :

Le Président de thèse,

HARTMANN.

Le Doyen,

D. LANDOUZY.

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

ALLEMAND. — *Thèse de Lyon*, 1896.

BACRI. — *Thèse Paris*, 1892.

BARRIER. — *Thèse Paris*, 1888.

BRODIER. — *Thèse Paris*, 1893.

BULLITT (J.-B.). — *Annals of Surgery*, novembre 1910.

DEMARS ET MARK. — *Progrès médical*, 5, IV, 1891.

DEMOULIN. — Rap. à la Société de chir. (15 mai 1912).

DENK. — *Langenbeck's Archiv*, 1910, Bd XCIII, p. 711.

DESJARDINS. — Société des chirurgiens de Paris. *Paris chirurgical*, 26 mai 1911.

DIAKONOW et WSTARKOW. — *Centralblatt für Chir.*, 1899.

DUJARIER. — *Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.* Paris, 15 mai 1912.

DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie.*

ESCHENBACH. — *Archiv. de Langenbeck*, t. LXXXVI, p. 132.

GAUTHIER. — *Thèse Paris*, 1895.

GOURDET. — *Congrès de chirurgie*, 1905.

GRASER. — *Archives de Langenbeck*, t. LXXX, p. 324.

HAYD (H.-E.) (de Buffalo). — *The international journal of Surgery*, t. XXII, n° 12, déc. 1909.

JOLLY. — *Berliner klinische Wochenschrift*, n° 29, 17 juillet 1911, t. XLVIII.

KAYSER. — *Hygiea*, t. II, p. 236.

KELLY. — *Surgery, gynecology and Obstetric*, t. X, n° 3, mars 1910.
— *Annals of Surgery*, mai 1910.

LUCÈNE. — *Journal de chirurgie*, mai 1910.

Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie*, t. XXV.

Lucas-Championnière. — Le rôle de la graisse dans les hernies. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1896.

— Cure rad. des hernies, ch. IV, Paris, 1892.

Michel. — *Th. Bordaux*, 1906.

Mayo. — *Annals of Surgery*, 1899.

— *The american med. association*, 25 juil. 1903.

Morestin. — Congrès de chirurgie, 1905.

— *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 7 février 1912.

— *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 15 mai 1921.

— *Journal de chirurgie*, déc. 1911.

Murnford (J.-G.). — *Boston med. and surg. Journal*, n° 6, 10 août 1911.

Quénu. — *Gazette méd. de Paris*, 1893, p. 605.

Roger. — *Th. Paris*, 1895.

Ruge. — *Langenbeck's Archiv*, 1910, Bd XCI.

Sapiezko. — *Revue de chirurgie*, 1900.

Segond. — *Th. Ag*, 1883.

Schultz. — *Mieltheilungen aus den Greizgebieten*, 1908.

Schallenberger (W.-F.).— *Bulletin of the John Hopkins Hospital*, t. XXII, n° 249, nov. 1911.

Tavel. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1904.

Zaenger. — *Cent. f. Gyn*, 1890, n° 27.

Walther. — Congrès de chir., 1905.

Weinoild. — *Zentralblatt f. Gyn.*, 1909, n° 58.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE DE RENNES, 71.